DE

L'ÉLÉPHANTIASIS

VULVAIRE

CHEZ LES EUROPÉENNES

PAR

Henri CELLARD

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE & FILS

19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

1877

DE L'ÉLÉPHANTIASIS VULVAIRE

CHEZ LES EUROPÉENNES

> La répartition du travail....., c'est là le seul moyen de faire avancer la médecine, et de pouvoir satisfaire autant que possible aux justes exigences de l'humanité souffrante.
>
> SCANZONI, *préf. du Traité des maladies des org. sex. de la femme.*

INTRODUCTION.

Sous le nom d'éléphantiasis on a décrit deux maladies très-distinctes, l'éléphantiasis des Grecs et l'éléphantiasis des Arabes ; la première est une dyscrasie qui se révèle par une altération de coloration de l'enveloppe cutanée, par une éruption tuberculeuse de la peau et des muqueuses, par des lésions du système nerveux et de différents organes. Elle n'a que très-peu de rapports avec la seconde qui est une maladie locale siégeant dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, n'amenant que très-rarement des accidents généraux.

Dans ce travail nous n'étudions que l'éléphantiasis qui occupe les organes génitaux de la femme de nos pays, et qui nous a semblé présenter une marche et des symptômes dignes d'une description particulière.

Cette affection très-commune et endémique dans les contrées chaudes des autres parties du monde, est loin

d'être rare en Europe, dans nos climats tempérés. C'était déjà l'avis de Velpeau. Tous les médecins en ont observé quelques exemples, et il n'y a pas de chirurgien qui n'ait été appelé à en opérer. Si l'hypertrophie des organes génitaux ne dépasse pas dans la majorité des cas des dimensions restreintes, elle peut parfois prendre une extension énorme, gêner considérablement la malade, lui rendre la vie intolérable et nécessiter une grave opération. De plus, le mal peut récidiver et même être héréditaire.

On voit déjà, par ces mots, quel intérêt présente cette question. Elle nous a semblé mériter mieux que le peu de lignes qu'on lui consacre généralement dans les traités de pathologie externe et même de pathologie spéciale.

Pendant les nombreuses années que j'ai fréquenté les hôpitaux, il m'a été donné d'en voir plusieurs cas ; j'en ai rencontré aussi au dehors ; de plus, la littérature médicale des trente dernières années est riche en faits de ce genre (1). C'est en réunissant le tout en un seul faisceau que j'ai tâché de constituer l'histoire aussi complète que possible de cette intéressante affection.

1. J'ai eu entre les mains au moins trente observations détaillées, et un nombre à peu près égal de faits décrits d'une façon sommaire.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE

La connaissance de l'éléphantiasis de la vulve ne remonte pas bien loin. Les auteurs anciens, Arétée, Aætius, Avicenne, Rhazès, etc., n'en font pas mention; on l'a confondue avec la lèpre et, plus tard, avec l'éléphantiasis des Arabes.

Pour en trouver la description d'un cas bien net, il faut arriver à la fin du siècle dernier. Saucerotte, en 1776, recueille une observation intéressante qu'il ne publie que plusieurs années après. Alard consacre une page à cette affection dans son *Histoire d'une maladie particulière au système lymphatique* (1808).

A cette époque, les observations se multiplient; en 1825, Klewitz en cite de remarquables dans sa thèse inaugurale; Velpeau dans sa médecine opératoire, nous donne, en quelques lignes, une idée assez nette de la maladie. A partir de ce moment, les travaux sur ce sujet deviennent de plus en plus nombreux tant en France qu'à l'étranger, et, aujourd'hui, il est peu de chirurgien qui n'en ait rapporté quelques cas dans les revues périodiques; pour s'en convaincre, il suffira de consulter la bibliographie qui se trouve à la fin de ce travail.

ÉTIOLOGIE, SYMPTOMATOLOGIE.

L'éléphantiasis vulvaire est caractérisé, à première vue, par le développement exagéré, souvent monstrueux d'une des parties constituantes de la vulve, grandes lèvres, petites lèvres, etc., ou des parties adjacentes. Chacune peut être atteinte séparément, ou bien le mal peut gagner les régions voisines ou homologues, et de ces différentes combinaisons résultent les mille formes diverses qu'il peut présenter.

On voit dans les lignes précédentes que nous comprenons sous le nom de vulve l'ensemble des parties génitales externes de la femme. Il n'est peut-être pas de région anatomique sujette à autant de variations que celle-ci, suivant les individus et suivant les âges, je dois absolument en dire quelques mots avant de commencer la symptomatologie.

Placé immédiatement en haut de la vulve, se trouve le mont de Vénus, amas de tissu adipeux, situé en avant de la symphyse des pubis, destiné à amortir les chocs et, par suite, à prévenir la contusion de celle-ci. L'épaisseur de ce coussinet varie beaucoup et peut même devenir complétement nulle chez certains sujets dont la symphyse est très-proéminente. Les grandes lèvres qui frappent la vue tout d'abord, sont deux replis mucoso-cutanés, différant non-seulement suivant les sujets, mais aussi suivant l'âge et suivant que les organes génitaux ont plus ou moins accompli les fonctions qui leur sont dévolues. Chez la jeune fille elles sont plus épaisses en haut qu'en bas et très-rapprochées l'une de l'autre : c'est le contraire chez la femme,

surtout quand elle a eu des enfants, les grandes lèvres alors s'écartent plus ou moins, perdent de leur régularité et s'épaississent dans la partie la plus inférieure. Mais là où les variations sont les plus accentuées, c'est dans les petites lèvres. Pour bien les voir il faut écarter les grandes. Ces deux replis muqueux ne descendent guère plus bas que la partie moyenne des grandes lèvres à la naissance; chez la petite fille, elles en dépassent le niveau, ce qui paraît surtout tenir au défaut de développement des grandes lèvres, puis, à la puberté, les nymphes disparaissent cachées par celles-ci, enfin, chez la femme, surtout quand elle a eu des enfants, elles sont de nouveau visibles soit par l'entrebaillement des grandes lèvres, soit parce qu'elles se sont allongées; en effet, dans toutes les fonctions de la génération ne sont-elles pas les plus exposées aux chocs et aux meurtrissures? Quand leur hypertrophie a lieu, elle ne se fait pas en largeur, mais bien en longueur; on voit alors la nymphe tomber molle et pendante le long de la vulve, et prendre dans sa partie libre l'aspect cutané. C'est cette disposition passée à l'état endémique qui constitue le disgracieux tablier des Hottentotes.

Du reste, ainsi que Velpeau l'a fait remarquer, ces tissus sont essentiellement extensibles, par là s'explique leur facilité à changer de forme et surtout de volume. Cazeaux a pu voir, chez une jeune femme qui, au début de sa grossesse, fut prise de démangeaisons excessivement vives, la petite lèvre droite doubler de volume, en quinze jours, par suite des tiraillements constants exercés par la malade. Il aurait été intéressant de savoir si la cause cessant, l'organe lésé n'aurait pas, en partie, récupéré ses dimensions normales.

En haut, chaque petite lèvre se bifurque en deux branches, l'inférieure qui va s'attacher au clitoris, offre peu d'intérêt ; quant à la supérieure, elle passe au-dessus de celui-ci, se réunit à celle du côté opposé, et constitue par cette réunion le prépuce du clitoris. Ce capuchon peut s'hypertrophier en même temps que les petites lèvres et recouvrir complétement le clitoris et le méat ; nous avons souvent vu cette disposition remarquable chez des femmes âgées, et nous sommes loin de la croire rare. C'est surtout, croyons-nous, à ce voile flasque et tombant, qui n'a rien de pathologique, autant qu'à la diminution de contractilité de la vessie, que tient la faculté qu'ont les vieilles femmes de se livrer à la miction étant debout et sans souiller leurs vêtements.

Ces variations de grandeur dans les lèvres se rencontrent sans cause appréciable chez des filles de tout âge. Enfin, le pénil et la face externe des grandes lèvres sont recouverts d'un système pileux très-variable comme abondance, se développant seulement à l'époque de la puberté, toutes circonstances dont il faudra tenir compte dans l'examen des tumeurs. Le but de cet appareil pileux est d'arrêter et d'empêcher la contamination des parties voisines par les liquides divers qui s'écoulent des organes génitaux de la femme.

Étiologie. — En Europe, l'éléphantiasis de la vulve n'a pas le caractère endémique qu'il présente toujours dans les autres régions. L'hérédité mise en doute par la plupart des médecins ne saurait être niée en certains cas, Virchow dit en posséder un exemple incontestable, et Scanzoni a connu dans les environs de Wurtzbourg une famille dont la mère

et les trois filles possédaient des lèvres excessivement développées. Ce sont les deux seuls faits connus dans la science, et quoique l'attention n'ait peut-être pas été suffisamment portée de ce côté, on peut regarder cette cause comme excessivement rare.

Quant à l'origine diathésique elle est beaucoup mieux établie. Nous mettrons en première ligne la scrofule; beaucoup des malades dont nous rapportons l'histoire en portaient des traces indéniables, ophthalmies dans le jeune âge, ganglions suppurés au cou et aux aines, etc. D'autres, femmes rousses, à peau blanche, ont seulement les attributs du tempérament dit lymphatique ; quelques-unes sont faiblement constituées, profondément cachectiques, tourmentées de flueurs blanches abondantes. La syphilis peut être aussi invoquée dans quelques cas ; nous rapportons des exemples de certaines femmes qui après avoir eu un ulcère primitif aux organes génitaux, ont vu à cette place persister une induration qui est devenue l'origine d'une hypertrophie éléphantiasique, et il est à noter que néanmoins dans ce cas le traitement spécifique n'a amené absolument aucune amélioration.

Nous verrons plus souvent comme cause occasionnelle une irritation locale, une suppression menstruelle, un accouchement, un abcès d'une des lèvres, un afflux sanguin de ce côté par suite de l'établissement des règles ; c'est en effet au moment de la puberté qu'on voit souvent débuter le mal. Peut-être est-ce comme cela qu'il faut interpréter le fait rapporté plus haut, de femmes qui ont vu leur éléphantiasis débuter à la suite d'un chancre infectant à la vulve, ce qui prouverait cette manière de voir c'est l'inutilité com-

plète du traitement spécifique qui agit si bien dans toutes les autres manifestations de la syphilis.

Parmi les causes d'irritation locale prolongée, les auteurs ont voulu mettre l'abus du coït. Panarolus, cité par Klewitz aurait vu une courtisane malade dont « une des nymphes présentait un développement tel qu'elle ressemblait à une torpille, dont le nom italien est *ochiatella.* » Thilow observa une hypertrophie énorme de nature éléphantiasique sur la grande lèvre droite d'une jeune fille « extrêmement voluptueuse. » Nous-même en rapportons des exemples. Nous avons pu nous convaincre dans les services spéciaux que les femmes publiques ont les petites lèvres extrêmement déformées et souvent allongées, mais, au-delà de cette hypertrophie modérée, elles ne sont pas plus atteintes que les autres. De plus, comme la maladie se rencontre souvent chez des femmes incontestabelment vierges, nous considérons cette étiologie comme plus que douteuse.

L'éléphantiasis peut être congénitale. On voit alors sur la petite fille qui vient de naître un développement anormal, ou bien un nœvus qui plus tard amènera une hypertrophie de la partie sur laquelle il siége.

Ce qu'on peut nier absolument, et que personne n'a jamais mis en avant, c'est la contagion. Cette maladie n'a rien de spécifique et n'est certainement pas transmissible directement. Enfin le plus souvent il est absolument impossible de découvrir une cause déterminante ou même une cause prédisposante qui ait amené le développement du processus morbide.

Symptomatologie. — Godard, Hendy et tous ceux qui ont observé cette maladie dans les pays chauds rapportent

qu'elle commence par des accès fébriles intermittents, par des poussées érysipélateuses successives. Ce mode de début est extrêmement rare en Europe, le mal commence d'une façon insidieuse, et a d'emblée une marche chronique. Quelquefois la partie atteinte présente des démangeaisons intolérables, qui bientôt disparaissent pour faire place à une indolence complète, la tumeur reste stationnaire pendant de nombreuses années, pour prendre une marche croissante à l'occasion d'une suppression menstruelle, d'un accouchement ou de toute autre irritation dont nous avons parlé dans l'étiologie. Il peut y avoir de la douleur au début, mais elle ne persiste pas, et on peut dire en général que le propre de ces tumeurs est d'être indolores, même à la pression.

Quand on pratique l'examen d'une femme atteinte d'éléphantiasis vulvaire, on est aussitôt frappé de la déformation des organes génitaux. Dans les cas peu graves on reconnaît encore toutes les parties qui sont augmentées de volume, d'autres fois l'accroissement est tel qu'on n'a plus qu'une masse informe, *rudis indigestaque moles*, rappelant très-vaguement les organes qui lui ont donné naissance ; ou bien d'une vulve non déformée pend une tumeur pédiculée ou bosselée, piriforme ou ayant l'apparence d'une grappe de raisin, botryoïde; une fois c'était une bandelette d'une longueur presque incroyable, deux mètres.

Quelles sont les parties le plus souvent atteintes ? Incontestablement ce sont les petites lèvres, tel est l'avis de Lebert, qui concorde parfaitement avec nos observations. Cet excès de développement des petites lèvres est ordinairement accompagné d'une hypersécrétion des glandes sébacées et

des follicules sudoripares plus ou moins désagréables pour la malade. Après vient le tour des grandes lèvres. Le clitoris est plus souvent atteint que son prépuce, mais moins que les parties qui précèdent.

Quand une seule grande lèvre est atteinte on voit le mal siéger à peu près aussi souvent à gauche qu'à droite, cependant un peu plus à gauche ; mais pour les petites lèvres, il n'y a pas d'hésitation à avoir, celle de gauche est cinq fois plus souvent malade que celle de l'autre côté : cela tiendrait-il à ce que la main droite dont on fait plus habituellement usage atteindrait plus facilement cette nymphe que son homologue, c'est probable. Le pénil peut être isolément malade, Talrich rapporte l'observation d'une nommée Thérèse Soulès, qui portait une tumeur du mont de Vénus recouvrant le vagin et descendant à trois pouces au-dessous du genou. Velpeau a observé à la Charité une tumeur pédiculée qui avait sa base d'implantation « dans la rainure qui sépare la grande lèvre de la fesse». On comprend du reste que ces néoplasies peuvent être variées à l'infini en occupant plusieurs ou même toutes les parties constituantes de la vulve.

Quand une région est restée longtemps malade et a pris un grand développement, il est commun de voir les autres plus ou moins atteintes, et le processus morbide gagner les aines, les fesses, les cuisses, le périnée, etc., ou bien encore le vagin et le méat urinaire qui se trouvent plus ou moins déviés : mais les oblitérations de ce dernier sont rares et je n'en connais qu'un seul cas. La tumeur peut remonter aussi dans le petit bassin et se développer à travers les organes qu'il contient.

Le volume de l'éléphantiasis de la vulve est très-variable et peut parfois acquérir des dimensions vraiment monstrueuses, nous en rapportons des exemples dans nos observations; le plus remarquable est celui d'Andral qui dit avoir vu une malade dont la grande lèvre descendait jusqu'à terre quand elle était debout.

Les ganglions inguinaux peuvent être engorgés et présenter parfois le volume d'un œuf de pigeon. Cet engorgement n'a rien d'éléphantiasique car il disparaît après l'ablation de la tumeur. On l'observe surtout quand celle-ci est ulcérée, ou que la malade est manifestement strumeuse.

L'aspect de la tumeur est très-variable ; tantôt la couleur de la peau qui la recouvre est normale, tantôt elle est violacée, bleuâtre, jaunâtre, ou bien pigmentée, au point de ressembler à celle d'un nègre. Les poils sont rare est même peuvent manquer complétement. La surface est rarement lisse et douce au toucher, elle est plutôt bosselée, sillonnée, ou bien crevassée, présentant des vergetures analogues à celles des femmes enceintes, l'hypertrophie des papilles du derme donne lieu dans quelques cas à des tubérosités qui ont l'apparence de circonvolutions cérébrales. Dans d'autres cas, la tumeur semble constituée par un grand nombre de tumeurs plus petites, rattachées à un pédicule commun ; cette disposition se rencontre surtout dans les hypertrophies du clitoris.

La consistance est rarement uniforme, elle varie suivant qu'on change le lieu de l'exploration ; elle est mollasse dans sa plus grande étendue, offrant en différents points des noyaux indurés, d'une consistance presque fibreuse.

ailleurs une sorte d'élasticité analogue à celle que donne l'œdème.

Les troubles fonctionnels qui surviennent à la suite de l'éléphantiasis de la vulve, sont proportionnés au développement du mal. Elle apporte un obstacle à tous les mouvements, à la marche en particulier, aux fonctions génitales, et même quelquefois à l'accouchement. Cependant on aurait tort de redouter cette complication outre mesure, des femmes éléphantiasiques ont pu souvent mettre au monde un enfant bien portant, sans la moindre éraillure au périnée ; dans un cas cependant il a fallu faire deux incisions postéro-latérales aux grandes lèvres, pour éviter une déchirure du périnée. Le trouble le plus désagréable et le plus constant est sans contredit, celui apporté dans la miction, l'urine bave le long de la tumeur et des jambes de la malade, et souille à chaque fois ses vêtements.

Une fois que la maladie est constituée, que la tumeur éléphantiasique existe, elle peut rester stationnaire indéfiniment, ou bien suivre une marche lente et progressive, sans arrêt, mais aussi sans exagération momentanée, jusqu'à ce qu'elle atteigne des dimensions qui forcent la malade à recourir au chirurgien. Il peut arriver aussi qu'à la suite d'un traumatisme, d'un refroidissement, de la fatigue ou sans cause appréciable, la tumeur devienne douloureuse, prenne un aspect œdémateux, et augmente de volume au point de devenir cinq fois plus grande qu'elle n'était auparavant. Puis, tout rentre dans le calme, seulement, elle reste plus volumineuse qu'avant la poussée. Il se fait aussi des ulcérations, qui laissent suinter une très-grande quan-

tité de sérosité, sans que cette évacuation amène une tendance quelconque à la guérison.

Scanzoni fait de la phthisie pulmonaire la compagne obligée de l'éléphantiasis vulvaire ; nous n'avons rien observé de semblable, et si le cas se présentait, il faudrait y voir une simple coïncidence, d'autant plus admissible que souvent l'état général des malades est entaché de scrofule ou d'un commencement de cachexie. Kiwisch prétend que lorsque la maladie est congénitale, la menstruation ne s'établit pas, nous pensons que ce fait est exceptionnel.

Une remarque essentielle et que nous ferons dès maintenant, c'est que l'éléphantiasis de la vulve n'a aucune tendance à la guérison. « *Confirmata elephantiasis non curatur* », a dit Houiller, c'est absolument vrai. Quant au pronostic, nous ne pourrons en donner une idée nette, que quand nous aurons exposé le traitement.

CHAPITRE DEUXIÈME.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans ce chapitre nous ne parlerons pas de l'aspect extérieur de la tumeur, de son degré de consistance et de sa coloration ; nous avons décrit ces caractères dans la symptomatologie dont ils font partie, nous n'avons pas à y revenir : nous étudierons seulement les particularités que peuvent présenter la coupe et l'examen histologique.

Presque tous les auteurs, Saucerotte le premier, ont été frappés de ce fait, que la tumeur une fois extirpée perdait une bonne partie de son volume et de son poids (cette diminution a pu aller jusqu'à la moitié du poids total) par suite de l'écoulement d'un liquide blanc, opalin, *phlegma pituita* des anciens auteurs, qui gorgent les mailles du tissu cellulaire sous-cutané. Ce liquide a pu même se rencontrer collecté dans les lacunes ou formant de véritables kystes bien limités.

Les premiers qui ont expérimenté sur ce liquide ont remarqué qu'il se coagulait sous l'influence d'une chaleur modérée, d'où ils ont conclu qu'il contenait de l'albumine ou de la fibrine et très-probablement tous les deux à la fois. Du reste, chez les femmes dont la néoplasie est ulcérée et laisse écouler spontanément ce liquide on voit le phénomène se passer dans le voisinage de l'ouverture ; cela n'a lieu qu'au début de la maladie, et quand elle est avancée

le liquide ne peut plus se coaguler que par la chaleur. L'analyse chimique, faite depuis, a démontré qu'il était constitué par de l'eau tenant en dissolution du chlorure de sodium, des phosphate et carbonate de chaux, puis de l'albumine, de la fibrine et de la graisse ; on a trouvé outre les principes déjà cités tous les éléments constitutifs du lait, de la caséine, de la lactine et des globules graisseux, mais il faut bien le remarquer dans des proportions tout autres que dans le lait normal. Enfin le poids spécifique est beaucoup moindre que celui du lait. A l'examen microscopique on reconnaît que ces globules sont considérablement moins volumineux que les globules lactés. On peut renconter aussi des hématies venant des vaisseaux sanguins accidentellement rompus.

A la coupe, la tumeur crie sous le scalpel, est d'un blanc mat, lardacée: dans certains points elle tire sur le jaune ou devient un peu plus rosée ; le plus souvent l'aspect est homogène, on y rencontre les espaces et les kystes séreux dont nous avons déjà parlé, quelques-uns pouvant contenir jusqu'à 50 et même 60 gr. de liquide. Ils sont entourés de parois rigides se confondant avec le tissu ambiant. On peut aussi observer de longues bandes fibreuses, présentant un aspect nacré et traversant la tumeur dans tous les sens. Les vaisseaux se rencontrent dans le pédicule ou vers la base quand la néoplasie n'est pas nettement pédiculée. De toute la surface de section suinte abondamment le liquide déjà décrit et qui ne tarde pas à se coaguler.

L'éléphantiasis des grandes lèvres est une dermite chronique amenant à la longue une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. L'altération qui frappe

d'abord l'histologiste est celle des capillaires lymphatiques, c'est même très-probablement par eux que débute la maladie. Nous allons examiner successivement chacune des parties constituantes de la peau, l'épiderme, le derme avec le tissu cellulaire sous-cutané, puis les organes et les productions qui en dépendent.

L'épiderme présente généralement une épaisseur normale, et même assez souvent cette couche est diminuée plutôt qu'augmentée. Mais ce qu'il y a de frappant et que tous les auteurs n'ont cependant pas noté, c'est le peu d'épaisseur de la couche cornée, elle a pu parfois être bornée à quatre rangs de cellules aplaties, on en a conclu avec raison à une vitalité exagérée du réseau de Malpighi. En traitant la préparation par le picrocarminate d'ammoniaque, on aperçoit à peine la zone granuleuse sous-jacente à la couche cornée désignée par Schron sous le nom de *stratum lucidum* ; le petit nombre de cellules qui la composent sont pleines de granulations que le carmin colore en rouge, et on y distingue à peine les traces du noyau, que nous verrons très-apparent dans les parties un peu plus profondes. C'est évidemment là un commencement d'altération dans la constitution des cellules qui vont bientôt devenir la couche cornée.

Le réseau de Malpighi est lui-même formé de petites cellules polyédriques à noyaux très-distincts et entourés d'une zone plus claire. Enfin la couche des cellules prismatiques ou cylindriques qui s'implantent perpendiculairement à la surface des papilles, présente son aspect habituel ; nous n'y avons que difficilement observé ces dentelures qui les unissent au derme et aux éléments cellulaires voisins. Le

pigment qu'elles contiennent est en quantité normale, déposé autour du noyau, et ce n'est que dans un cas d'éléphantiasis congénital qu'on a rencontré ce pigment en grande abondance et donnant à la tumeur l'apparence de la peau du nègre.

Mais là où s'observent les altérations les plus remarquables et vraiment propres à la maladie, c'est dans le derme. Son épaisseur est toujours augmentée, et peut l'être même quelquefois dans des proportions considérables. Les papilles sont souvent abondantes en même temps qu'elles paraissent notablement allongées et élargies. Les fibrilles qui constituent le tissu conjonctif du derme sont très-fines et très-nombreuses. Elles interceptent des espaces remplis de cellules plasmatiques et de noyaux, les couches superficielles du derme sont constituées presqu'exclusivement par ces cellules qui sont plates et présentent un noyau ovoïde. A mesure que l'on gagne la couche profonde, on les voit se transformer en fibres connectives, et là les noyaux deviennent rares ou peuvent complétement disparaître. Les cellules plasmatiques s'y rencontrent à peine, mais en revanche c'est à profusion qu'on trouve les fibres du tissu conjonctif. Dans certaines tumeurs cette disposition est remarquablement régulière, et il suffit d'observer des coupes s'éloignant de plus en plus de la superficie pour voir le changement progressif des cellules d'abord rondes, puis fusiformes en fibres du tissu conjonctif. Cependant le contraire peut s'observer, et Bœckel a vu les petites cellules rondes et les noyaux se présenter surtout dans les couches profondes de la tumeur.

D'après Rindfleisch, on trouverait aussi une hyperplasie très-manifeste des muscles lisses.

Les capillaires sanguins du derme existent généralement en grande quantité, ils sont contournés en tout sens, enroulés sur eux-mêmes, leur calibre est doublé ou triplé de volume, et sur des coupes fraiches on les voit gorgés de sang. Enfin presque tous ont des parois embryonnaires. Le tissu adipeux sous-cutané fait corps avec le derme, il est dur, résistant, élastique ; par sa consistance il rappelle parfois le tissu tendineux, il crie sous le scalpel comme le derme, avec lequel il forme un tout qu'il est impossible de différencier à l'œil nu. Les cellules adipeuses ont proliféré, chaque globule graisseux a diminué de volume, pressé qu'il est par les cellules embryonnaires de nouvelle formation qui l'étouffent.

On remarque aussi sur la coupe et de distance en distance des lacunes allongées, dont les parois sont presqu'en contact. Ce sont certainement des vaisseaux lymphatiques dilatés, et d'après Rindfleisch ce serait surtout le réseau superficiel du derme ou sous-papillaire qui présenterait cette lésion ; sur les parois de ces dilatations en forme d'ampoule, on voit les cellules endothéliales ordinaires, et même parfois on y aurait rencontré des cellules embryonnaires. On peut presque affirmer en raisonnant par analogie, que les kystes assez nombreux qu'on observe dans ces tumeurs ne seraient autre chose que de grandes lacunes lymphatiques tout-à-fait analogues à celles que le microscope nous révèle. c'est du moins l'idée qu'ont émis plusieurs histologistes, et nous serions volontiers de leur avis. Pour terminer ce qui a rapport aux lésions du système lymphatique, ajoutons que tous les éléments de la tumeur sont baignés par une sérosité épaisse, qui a transsudé

à travers les parois de ses vaisseaux, et qu'il y a donc là un véritable œdème lymphatique.

Les poils et même les bulbes pileux sont rares ou ont totalement disparu sur toute la superficie de la tumeur ; quand ils existent leur aspect peut être normal, mais généralement ils sont atrophiés, malingres, et les glandes sébacées ont plus ou moins disparu.

En examinant à un faible grossissement les coupes de la tumeur on est d'abord frappé de la distance qui sépare les glandes sudoripares de la surface cutanée, il semble qu'elles soient plus profondément situées dans le tissu du derme. Les conduits excréteurs sont par suite devenus plus longs, mais présentent toujours leur aspect tortueux. Il est facile de constater que cet allongement correspond principalement à la partie du conduit excréteur située dans le tissu du derme et non à celle qui appartient à l'épiderme, car c'est dans la région du derme que se montre la multiplication des éléments dans la paroi du conduit excréteur. A un grossissement plus considérable on constate que la couche épithéliale de ces conduits a augmenté d'épaisseur, sur certaines préparations on peut apercevoir jusqu'à cinq séries de cellules épithéliales d'une grosseur normale, mais de formes différentes, les unes sont aplaties, les autres cubiques, d'autres polygonales, triangulaires, etc., leurs noyaux sont le plus souvent très-apparents, de grandeur variable, ils s'imbibent très-fortement de carminate d'ammoniaque, et sont tantôt arrondis, tantôt allongés, tantôt étranglés.

Ailleurs où la couche épithéliale n'est plus épaissie, on rencontre des cellules plus grandes qu'à l'état normal, de

formes différentes, aplaties l'une contre l'autre et présentant le plus souvent un noyau peu apparent, qui devient très-visible par l'acide acétique. Il y a donc d'abord gonflement et hypertrophie de l'épithélium, puis ensuite les cellules s'aplatissent. La lumière du canal excréteur, par suite de cela, est considérablement rétrécie, et sur une coupe longitudinale, les cellules épithéliales opposées paraissent directement en contact. Sur une coupe transversale l'ouverture du canal apparaît comme une fente étoilée, quant au diamètre total du conduit excréteur, il est agrandi.

Là où la maladie est à une période avancée, on constate que le canal des glandes sudoripares est distendu par une masse homogène transparente ressemblant beaucoup aux cylindres hyalins des canalicules urinifères. Cette masse présente divers étranglements tantôt superficiels, tantôt profonds, de telle sorte qu'elle paraît constituée par des parties séparées.

D'après ce que nous venons de voir, l'éléphantiasis de la vulve serait une dermite chronique, diffuse, caractérisée par un retour à l'état embryonnaire de tout le derme qui bientôt s'hypertrophie, accompagnée et plutôt précédée par la production d'un œdème lymphatique et de lacunes plus ou moins vastes. Cet œdème serait très-probablement la cause de la dermite.

CHAPITRE TROISIÈME.

OBSERVATION I.

Eléphantiasis volumineuse de la grande lèvre droite et des parties voisines, compliquée de cystocèle périnéale ; opération au bistouri ; lésion de la vessie ; mort.

Philippine A...., de Pourrières (Var), âgée de 18 ans, bien constituée, nous est adressée au mois d'août 1866. Réglée à 14 ans, d'une bonne santé habituelle, née de parents bien portants. Cette jeune fille vit apparaître il y a cinq ou six ans, quelque temps avant l'apparition des règles, et sans cause appréciable, une petite tumeur dure, du volume d'une noisette. Elle était située sur la face interne de la grande lèvre droite, l'accroissement se fit lentement, sans que la malade cessât d'être toujours bien réglée. Pendant longtemps elle ne confia à personne l'existence de sa maladie, c'est tout-à-fait par hasard que sa mère en fit la découverte, il y a environ un an, dans un moment où Philippine avait ses robes accrochées et relevées en descendant d'une charrette.

L'examen auquel nous procédons immédiatement nous fait constater une éléphantiasis énorme de la vulve. La tumeur irrégulièrement piriforme, bosselée sur plusieurs points de sa surface, entièrement insensible présentait 29 centimètres de son sommet à sa base, et 47 dans sa plus grande circonférence ; elle est comme suspendue entre les cuisses de la malade qu'elle gêne pour s'asseoir et travailler, elle descend en bas jusqu'à la partie supérieure du mollet. La peau qui la recouvre est saine et mobile, présentant dans quelques endroits des stries très-analogues aux vergetures des femmes qui ont fait des enfants. L'implantation a lieu par un large pédicule sur le côté droit de la vulve, depuis le milieu de la région inguinale, jusqu'à la région fessière ; le

vagin est attiré en bas et son ouverture antérieure déviée à gauche, ainsi que l'urèthre, dont l'orifice se trouve caché derrière la saillie formée par la partie supérieure de la tumeur sur le côté droit de la vulve. La miction est gênée considérablement, et la malade souille toujours ses vêtements. Il n'existe ni douleurs, ni élancements, jamais de poussée érysipélateuse. L'accroissement, d'abord lent, a été plus rapide depuis huit à dix mois.

L'opération étant décidée, nous la pratiquons le 4 septembre 1866 avec le concours de plusieurs confrères. Après que la malade est chloroformée, nous ramenons la tumeur sur l'abdomen. Une première incision elliptique permet de la circonscrire en arrière et en dedans, afin de détruire tout d'abord ses insertions du côté de la fesse, de l'anus et du vagin, six ligatures sont pratiquées. On fait agir surtout les doigts et le mânche du bistouri plutôt que le tranchant. La tumeur une fois dégagée de ses adhérences internes et postérieures, est attaquée à sa face externe à l'aide d'une nouvelle incision elliptique, partant du milieu du pli de l'aine, et venant se réunir en bas à la première, en conservant, bien entendu, la quantité de téguments nécessaires. Cette seconde dissection se fait avec plus de facilité que la première et nécessite l'application de trois ligatures.

Mais arrivé au niveau de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis, nous reconnaissons que la tumeur se prolonge du côté du bassin, sous forme de nombreuses digitations très-résistantes; la dissection en est poursuivie avec beaucoup de ménagements, puis comme ce qui reste du tissu morbide peut être facilement pédiculisé, nous appliquons la chaîne d'un écraseur linéaire autour de ce pédicule qui présente environ 25 millimètres de diamètre.

La section opérée, nous reconnaissons avec une pénible surprise que l'urine s'écoule par la plaie, et qu'une solution de continuité existe à la vessie. Voici ce qui venait de se passer : la tumeur, ainsi que nous l'avons dit, envoyait de nombreux prolongements vers les organes contenus dans le petit bassin, en particulier sur le côté droit du vagin et du rectum. Quelques-uns de ces prolongements pénétrant plus profondément étaient arrivés jusque sur le bas-fond de la vessie, et fixés

ainsi d'une part à cet organe, de l'autre à la tumeur, ils avaient attiré peu à peu cette portion du réservoir de l'urine dans la région périnéale, en éraillant et écartant les fibres de l'aponévrose pelvienne et du releveur de l'anus. Il en était résulté la section de la vessie par l'écraseur linéaire.

L'opération dura trois quarts d'heure. La plaie fut réunie dans sa partie supérieure, une longue mèche enduite de cérat fut placée dans l'ouverture située à la partie inférieure. Une sonde de Marion Syms fut laissée à demeure dans la vessie. Des applications froides furent faites sur le périnée.

La journée et la nuit furent passables, la malade prit du bouillon et un peu de vin, mais le lendemain des symptômes de péritonite se déclarèrent, et la mort eut lieu deux jours après, le 7 septembre.

Examen de la tumeur. — Incisée sur plusieurs points de son étendue elle paraît constituée exclusivement par des faisceaux de fibres du tissu lamineux, renfermant une assez grande quantité de sérosité : on y découvre en trois points des kystes séreux de volume variable, dont le principal peut contenir de 50 à 60 grammes de liquide. Pesée très-exactement, après l'ouverture des kystes, la tumeur offre un poids de 8 kilogrammes 700 grammes Ce qui reste de la vessie adhère fortement à la tumeur et forme un lambeau irrégulier de près de 5 centimètres carrés, dans lequel on reconnaît très-distinctement les tuniques muqueuses et musculeuses (Bourguet, *Gazette des Hôpitaux* 1867).

Observation II.

Eléphantiasis des grandes lèvres; opération au bistouri : hémorrhagie ; guérison.

Alexandrine D..., née à Amplepuis (Rhône), domiciliée à Roanne, 32 ans, sans profession. Se présente à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Anne, service de M. Desgranges le 11 juin 1872. Mère morte d'une affection des organes génitaux, père encore vivant, frères et sœurs bien portants. Santé excellente depuis son enfance. La menstruation s'établit facilement à l'âge de 15 ans. La première fois ses règles

coulèrent quatre jours en grande abondance, et depuis vinrent régulièrement jusqu'en 1870. Elle se portait très-bien malgré les excès vénériens auxquels elle se livrait.

Vers le mois de juin 1870, sans cause connue survint un abcès siégeant à la grande lèvre du côté droit; il s'ouvrit spontanément lorsqu'il eut atteint la grosseur d'un œuf et suppura pendant quelque temps. C'est à cette circonstance qu'elle rattache le debut de l'affection actuelle. La lèvre atteinte se tuméfia et acquit petit à petit le volume d'un poing (juin 1871).

C'est à cette époque que la grande lèvre de l'autre côté commença à grossir. L'accroissement continua à se faire lentement jusqu'à la fin de l'année. A cette époque le coït devint impossible et depuis la tumeur augmenta avec une rapidité prodigieuse. C'est au mois de juin de l'année suivante qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

En procédant à l'examen local, on constate une tumeur volumineuse située complétement en arrière des cuisses de la malade, celle-ci étant debout. Vues de face, les cuisses sont légèrement écartées par une masse qui s'étend jusqu'à 25 centimètres au-dessous du pubis, en continuant le pénil sans présenter plus de 5 centimètres de largeur. Les parois abdominales sont légèrement tirées en bas surtout au niveau du ligament de Poupart. A la partie postérieure la tumeur présente deux lobes l'un droit, l'autre gauche, correspondant à chacune des lèvres; le lobe droit est de beaucoup le plus considérable, il est séparé du précédent par une fente longitudinale un peu oblique de haut en bas et de droite à gauche, qui marque l'ouverture de la vulve. Le pedicule de la tumeur s'étend depuis le mont de Vénus, suit le sillon génito-crural, et enfin aboutit par une courbe jusqu'au niveau de l'anus, il mesure 27 centimètres à gauche et 29 à droite. La fente vulvaire ne commence qu'à 23 centimètres au-dessous du pubis et se termine à 3 centimètres de l'anus par une fourchette parfaitement conservée; en sorte que le clitoris qui est à peu près complétement effacé se trouve à la partie inférieure, tandis que la fourchette normalement inférieure se trouve plus élevée que celui-ci de 17 centimètres. Les petites lèvres situées en dedans sont presque complétement effacées.

L'opération résolue, on la pratique après avoir anesthésié la malade par des inhalations d'éther. Le chirurgien circonscrit par une vaste incision toute la base de la tumeur, puis la dissèque avec soin en faisant les ligatures à mesure que se présentent les artères. Hémorrhagie assez considérable, provenant de veines et d'artères volumineuses, qui donnent des jets puissants. On ne s'en préoccupe pas outre mesure, car la malade est pléthorique et vigoureuse; 12 ligatures furent nécessaires. Pansement au perchlorure de fer.

Deux jours après hémorrhagie grave pendant la journée, par une artère qui s'était ouverte. On la lie. Les jours suivants la suppuration devient très-abondante. Tout le pansement consiste à recouvrir cette immense plaie de poudre de charbon, qui chaque jour est enlevée avec le jet d'un irrigateur pour en remettre d'autre.

La cicatrisation se fit très-rapidement, le moral de la malade ne fut jamais affecté. Quand toute la surface fut bien bourgeonnante, on fit de nombreuses greffes épidermiques qui hâtèrent beaucoup la cicatrisation.

La malade quitta l'hôpital un mois et demi après l'opération, étant à peu près complètement guérie. Les mouvements de la cuisse n'étaient pas gênés par la rétraction cicatricielle (Communiquée par le Dr Jullien, professeur agrégé à la Faculté de Nancy).

Observation III.

Eléphantiasis des grandes lèvres (surtout la gauche) et de la petite lèvre gauche : tubercules au mont de Vénus : pas d'opération.

R. Louise, brunisseuse âgée de 27 ans, est entrée à Lourcine le 9 février 1843 : c'est une femme petite, délicate, rousse à peau très-blanche, lymphatique, menstruée régulièrement depuis l'âge de 14 ans ; elle a habituellement des flueurs blanches abondantes. Elle s'est mariée à 24 ans, l'état général est bon, l'appétit et le sommeil excellents, sans aucun trouble digestif.

Quant à l'état local, le voici : les grandes lèvres sont considérable-

ment tuméfiées, la gauche est quadruplée de volume. Toutes deux sont d'une couleur pâle, avec un aspect bleuâtre, indolores même à la pression, molasses en divers points. Ici elle offre des noyaux mal circonscrits d'induration, d'une consistance comme fibreuse, là, une sorte d'élasticité analogue à la sensation que donne l'œdème. La peau est lisse, douce au toucher, sans granulation, exempte de toute solution de continuité. La petite lèvre droite est à l'état normal, la gauche est hypertrophiée, elle se détache du clitoris sous la forme d'un corps long de 5 centimètres, large de 3, d'un rose vif, élastique, d'une consistance charnue égale dans tous les points. L'extrémité inférieure est arrondie et renflée. Le mont de Vénus à moitié glabre, offre une surface rugueuse et mamelonnée, comme formée de tubercules aplatis confondus par les bords voisins, dure, indolore. Çà et là paraissent des croûtes brunâtres et quelques fongosités tranchant par leur élévation sur le fond violacé du pénil.

Les ganglions inguinaux de chaque côté forment deux masses volumineuses, de la grosseur d'un œuf de pigeon, chroniquement engorgées, d'une dureté pierreuse, un peu douloureuse à une pression forte, probablement par la seule raison que l'on comprime alors les rameaux nerveux de l'aine.

A la partie externe des cuisses, sont groupées une multitude de pustules en voie de cicatrisation, très-rapprochées les unes des autres, quelques-unes sont couvertes de croûtes jaunâtres.

Il s'écoule du vagin un liquide peu abondant, laiteux, très-clair, qui ne tache pas le linge. Le col utérin est dans un état normal. La malade fournit les renseignements suivants : elle a été toujours d'une bonne santé, sa mère est bien portante, son père est mort des suites de la taille, elle a deux frères qui n'ont jamais été malades. Rien de notable par rapport à l'habitation et à la nourriture.

La maladie date de 4 ans. A cette époque après des veilles et de grandes fatigues corporelles, elle vit les ganglions des aines s'engorger en déterminant de vives douleurs, elle n'avait alors d'autre écoulement que sa leucorrhée habituelle, elle affirme du reste n'avoir jamais contracté la syphilis. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, on ne lui fit, dit-elle, au-

cun traitement, elle sortit bientôt après sans amélioration, et reprit son travail ordinaire.

Trois mois environ après l'apparition des premiers symptômes, les grandes lèvres commencèrent à se tuméfier sans cause connue. Nouvelle entrée à l'Hôtel-Dieu. Salsepareille, frictions avec une pommade blanche où elle croit qu'il entrait du mercure (probablement pommade au calomel). Le traitement ne fut pas suivi, elle entra à plusieurs reprises à l'Hôtel-Dieu, et en sortit sans être guérie.

Il y avait un an qu'elle était malade, les douleurs des aines avaient disparu, mais les ganglions étaient restés engorgés, les grandes lèvres avaient grossi peu à peu et acquis un volume double du volume normal, lorsqu'elle se maria. Son mari n'a jamais eu la syphilis, n'a jamais rien contracté dans ses rapports avec elle. Du reste ses rapports ont toujours été modérés, et ont eu lieu sans douleurs jusqu'à ces derniers temps. Depuis son mariage, la malade n'a fait aucun traitement, et elle n'a pas remarqué que la marche de l'affection fût plus rapide à dater de cette époque.

Cependant peu à peu la tuméfaction augmenta. Depuis deux ans les grandes lèvres ont le volume qu'elles offrent aujourd'hui, à dater de cette époque le mal est resté stationnaire. Depuis trois ans et demi il se fit sans cause connue une éruption pustuleuse au pénil. Les pustules s'affaissèrent, s'aplatirent, et depuis lors le mont de Vénus a pris l'aspect qu'il présente actuellement. En même temps la malade fut attaquée d'une forte fièvre, qui revient tous les 15 jours Alors les grandes lèvres se tuméfient, deviennent un peu chaudes et pesantes, puis une éruption de pustules se fait à la partie externe des cuisses, et tout rentre dans l'ordre en quelques jours. Une fois l'éruption pustuleuse a eu lieu dans le dos, une autre fois elle fut générale, alors les cheveux tombèrent.

Tous les trois ou quatre jours un suintement séreux s'exhale des grandes lèvres, et cette exhalation est précédée dans ces parties d'un état de turgescence avec quelques douleurs vagues. Il n'y a que six mois qu'a commencé l'hypertrophie de la nymphe droite, cela a eu lieu aussi sans douleur.

Cette malade ne reste à l'hôpital que quelques jours, des ponctions pratiquées dans la grande lèvre droite sont douloureuses, et ne font écouler que du sang. Le tissu crie comme un tissu lardacé. On conseille à la malade de l'iodure de potassium à l'intérieur et des frictions avec une pommade d'onguent napolitain et d iodure de plomb. Revenue à la consultation un mois après, elle ne présente pas d'amélioration notable. Depuis elle a été perdue de vue (Desruelle, Archives générales de médecine 1844).

Observation IV.

Eléphantiasis des grandes lèvres et des petites lèvres; opération au bistouri; guérison.

C. Marie âgée de 32 ans, domestique, d'un temperament sanguin, mais un peu scrofuleux, est entrée à Lourcine le 11 juillet 1843. Bien réglée depuis l'âge de 16 ans, elle n'éprouve pas de changement dans la menstruation depuis qu'elle est malade. Elle n'est point mariée et n'eut jamais d'enfant. Point de flueurs blanches, état général excellent, grand appétit, digestion facile et garde-robes régulières : sommeil très-bon. Rien du côté de la circulation ni de la respiration ; aucune douleur dans l'abdomen, les lombes, les aines, les parties génitales.

Voici ce que l'on remarque aux parties externes de la génération : la vulve déformée offre au premier abord une tumeur médiane très-volumineuse, circonscrite par deux tumeurs latérales plus petites. Ces dernières sont les deux grandes lèvres encore bien distinctes : la première est la nymphe gauche tout-à-fait méconnaissable. La grande lèvre droite est le double en volume de l'état normal, un peu rouge, mollasse, comme œdémateuse, renversée en dehors par la tumeur principale. La gauche a le triple de son volume normal : elle est d'une couleur plus foncée et sa consistance tient le milieu entre l'œdème et le squirrhe.

Toutes deux sans chaleur ni douleur, ont une teinte jaunâtre, elles sont lisses et presque glabres.

Au milieu d'elles, et comme suspendue au sommet du clitoris, apparaît une tumeur plus large à son milieu qu'à ses extrémités, pesante, de 9 centimètres de long sur 5 de large, irrégulière dans sa forme : elle est d'une couleur livide, légèrement violacée, qui passe au violet dans la partie inférieure, d'une consistance dure, égale dans toute son étendue, analogue à celle du squirrhe ou des corps fibreux de l'utérus, insensible au toucher ou même à une pression assez forte, sensible aux piqûres. Au premier abord elle semble pédiculée, mais si on la soulève, si on l'examine avec soin, on reconnaît qu'elle se continue avec la petite lèvre gauche dans toute son étendue, dont elle est évidemment une prolongation. Cette base est ainsi très-étendue en hauteur, mais son épaisseur n'a pas plus de 1 centimètre. Elle est sillonnée de grosses veines gorgées de sang, mais on n'y sent point de battements qui annoncent la présence d'un rameau artériel, même d'un faible volume. Le sommet est large, arrondi, d'un violet bleu, constitué par l'agglomération d'une multitude de végétations volumineuses, de grosseurs différentes, indépendantes par leur sommet, mais se tenant toutes par leur base comme une tête de chou-fleur. Ces végétations qui ne ressemblent point aux végétations syphilitiques, occupent tout le tiers inférieur de la tumeur. Quelques fissures que celle-ci présente au-dessous d'elles, semblent indiquer la tendance de ces végétations à l'envahissement de la tumeur toute entière, et en même temps leur mode d'origine.

La petite lèvre droite cinq ou six fois plus volumineuse qu'à l'état normal, est dure, violacée, couverte à la partie inférieure de granulations miliaires. L'hypertrophie semble y marcher comme dans la nymphe gauche.

Si on soulève la tumeur principale, on aperçoit plusieurs ulcères irréguliers à bords élevés, à fonds grisâtre et sanieux. Une longue ligne d'ulcération occupe le pli génito-crural gauche. Le raphé périnéal est constitué par un bourrelet, dur, rouge, élevé de un centimètre. Les glandes inguinales, engorgées de chaque côté, sont peu volumineuses, et n'occasionnent aucune douleur. Il existe des cicatrices de bubons suppurés dans les deux aines. Les caroncules sont dures et

hypertrophiées. Il s'écoule du vagin un liquide clair, peu abondant, roussâtre; le col est normal.

On obtient à grand peine de la malade les détails suivants : la santé est bonne ; elle a des maux de tête habituels, mais bien antérieurs à sa maladie. Point de vices constitutionnels, point de maladies héréditaires dans sa famille. La maladie date de deux ans. Avant cette époque elle n'a jamais eu d'affection aux organes génitaux.

Il y a deux ans elle contracta un écoulement blennorrhagique qui n'a pas cessé depuis, et qui ne s'est point communiqué à celui avec qui elle vivait. Cet écoulement était peu abondant, clair, blanchâtre, empesant le linge, et lui communiquant une teinte roussâtre. Il ne s'est jamais accompagné d'aucune douleur, d'aucune cuisson en urinant.

Deux mois après le début de l'écoulement, la malade éprouva aux parties génitales des démangeaisons qui durèrent longtemps, et à une époque qu'elle ne peut déterminer il lui survint des boutons rouges, gros comme des têtes d'épingles, séparés les uns des autres, sans suppuration. Ils paraissent avoir été produits par l'action de gratter. Les boutons disparurent spontanément et avec promptitude. Deux mois aussi après le début du mal, les glandes inguinales devinrent dures, chaudes, douloureuses, s'engorgèrent et s'abcédèrent. La cicatrisation des ouvertures fut rapide.

Il n'y a qu'un an que les grandes lèvres ont commencé à se tuméfier et cela sans cause connue, sans excès de coït, de vivre, sans autre fatigue que le travail de chaque jour. La tuméfaction a commencé partout, en même temps. Quant à la marche de l'affection, tout ce que la malade peut en dire, c'est qu'elle a été progressive et toujours indolore.

La marche était peu gênée, elle l'est à peine aujourd'hui d'une manière notable. La vie resta la même, les rapports sexuels, qui n'ont jamais été douloureux, n'ont cessé que depuis six mois. Lors du dernier coït, les parties avaient plus de la moitié de leur volume actuel. L'écoulement a toujours persisté.

Les végétations de la tumeur principale ne datent que de six mois.

Les ulcérations se sont produites il y a deux mois seulement, sans cause notable. Depuis cette époque aussi il y a des cuissons en urinant, ce qui fait présumer que les cuissons ne sont dues qu'au passage de l'urine sur les ulcérations. La malade n'a fait aucun traitement, n'a pas consulté de médecin, son affection ne lui ayant jamais donné d'inquiétude. Cependant voyant que la tuméfaction augmentait. voulant du reste se délivrer d'une difformité désagréable. elle a résolu d'entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

Sous l'influence d'un traitement par la salsepareille et les pillules de proto-iodure de mercure, les ulcérations se ferment. Rien de notable ne survient, qu'une éruption d'impétigo à la face, qui disparaît en peu de jours. Cependant voyant que la tuméfaction ne disparaît pas, cédant du reste aux instances de la malade, Bazin se détermine à enlever les deux petites lèvres avec l'instrument tranchant.

L'extirpation en est pratiquée le 2 septembre 1843. Point d'hémorrhagie, pansement simple de la plaie. La cicatrisation marcha très-rapidement, le 14 septembre, douze jours après l'opération, elle était complète. Dès le 10, la malade reprit son traitement, et il y avait une diminution très-notable des grandes lèvres, les glandes inguinales avaient déjà disparu, l'écoulement était tari, lorsque la malade voulut sortir le 28 (Desruelle, Archives générales de médecine, 1844).

Observation V.

Eléphantiasis des petites lèvres et du prépuce du clitoris; opération au galvanocautère; examen histologique.

Meyer Marie, âgée de 22 ans, entre le 28 août 1875 dans le service de J. Bœckel. C'est une femme cachectique, faiblement constituée, réglée pour la première fois à l'âge de 11 ans, et depuis toujours normalement. Elle est mariée et a eu six enfants: l'aîné a 14 ans, le plus jeune a 1 an 1/2, le second est mort à 16 mois. A part la rougeole et probablement une péritonite à la suite de son dernier accouchement, elle n'accuse aucune autre maladie interne.

Quant à l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, elle a débuté il y a huit ans lors de son deuxième accouchement. Elle remarqua à ce moment l'existence d'une bosselure située à la partie supérieure gauche des petites lèvres. Elle y appliqua un vésicatoire. qui resta sans effet sur le volume de la tumeur. Bientôt après une masse analogue se développa à droite en un point symétrique. Douloureuse au début comme la première, elles devinrent toutes deux indolentes et restèrent stationnaires au bout d'un certain temps, elles n'apportèrent dans la suite aucune gêne aux quatre derniers accouchements.

Il y a huit semaines sous le coup d'un refroidissement, l'œdème envahit la tumeur, dont le volume, au dire de la malade, fut quintuplé. Elle fut alors obligée de garder le lit. et remarqua qu'il se faisait entre les deux lobes du néoplasme, une transsudation assez abondante pour mouiller le lit et favoriser la production de deux eschares aux ischions ; la cicatrisation n'est complète que depuis quelques jours seulement. La malade affirme qu'elle n'a jamais eu d'affection spécifique.

Le 29 août. — On prescrit un bain, et le lendemain on constate l'existence d'une tumeur faisant saillie à la vulve qu'elle masque complétement. Cette tumeur née de la partie supérieure des petites lèvres, a envahi le prépuce du clitoris; celui-ci entraîné par le poids de la masse, a basculé en avant et en bas, et se trouve actuellement situé à trois travers de doigts au-dessus d'une ligne fictive passant par les deux ischions. Elle est bilobée et mesure dix-huit centimètres de long sur quatorze de large et vingt et un de circonférence à sa partie moyenne. Elle occupe la ligne médiane et présente un aspect piriforme à pédicule dirigé vers la symphyse pubienne. La surface à la base est irrégulière, parsemée d'enfoncements et de bosselures papillomateuses, en forme de mosaïque, dont les plus grosses atteignent le volume d'un pois. Le pédicule présente une peau épaissie, dure, fortement pigmentée. Elle est le siége d'un œdème assez prononcé, disparaissant à la pression du doigt. De chaque côté de la tumeur les grandes lèvres intactes sont nettement dessinées.

En écartant les deux lobes ou mieux les deux petites lèvres, on voit à leur face interne une ulcération occupant toute la hauteur de la tumeur et mesurant huit centimètres de haut sur cinq de large. Elle est rouge, lisse, assez régulière, peu saignante et présente des sillons longitudinaux partant de sa base pour converger vers son sommet.

Le méat urinaire est au sommet de cette ulcération, mais il en est complétement détaché; l'entrée du canal est libre, les urines sont normales. A la fourchette, il existe une autre ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes et qui présente le même aspect que la première. Au toucher vaginal on rencontre à huit centimètres de l'entrée un repli circulaire occupant presque toute la circonférence du canal vaginal, sauf un petit point situé sur la paroi postérieure. En arrière de ce repli et sur cette dernière paroi, il existe une ulcération de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, sécrétant un liquide sanieux et ichoreux; les deux culs-de-sac sont complétement libres, le museau de tanche est granuleux et mou, surtout à droite. L'anus n'offre rien qui puisse faire soupçonner une affection spécifique. Sur les deux fesses, au niveau des ischions, on trouve deux plaques cicatricielles provenant des eschares dont nous avons parlé plus haut.

A gauche dans la région inguinale, il existe une tumeur oblongue semblant se continuer avec la tumeur génitale, suivant exactement le pli de l'aine, mesurant douze centimètres de long sur sept de large, et commençant à six centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure, pour se continuer en dedans et se confondre avec la grande lèvre gauche. Cette tumeur qui n'est autre qu'une adénite suppurée, est dure, indolente et légèrement mobile sur les parties profondes ; la peau qui la recouvre est rouge, tendue, chaude au toucher, il existe un peu de fluctuation au sommet. Notons enfin, sur le milieu de la cuisse gauche et à sa face externe, sur le fascia lata, une cicatrice de la grandeur d'une pièce de 5 francs, et qui, au dire de la malade, est due à une ulcération aseez étendue de la peau. Cette cicatrice est du reste mobile sur le fascia lata.

On commence par faire tous les deux jours des frictions avec onguent mercuriel double 3 gr., d'abord sur les mollets, puis les

cuisses, puis le ventre, puis les deux bras. Les jours intermédiaires on donnera un bain de siége émollient. Contre l'ulcération des petites lèvres on appliquera des tampons de charpie imbibée d'une solution de sulfate de cuivre (10 cent. pour 100 gr. d'eau). Cataplasmes sur l'abcès de l'aine. Injections vaginales d'alun. Ce traitement régulièrement fait jusqu'au 12 septembre, n'amène aucun changement dans le volume de la tumeur. L'abcès de l'aine s'est vidé spontanément. La malade prit une stomatite contre laquelle on prescrivit du chlorate de potasse.

Le traitement n'ayant donné aucun résultat, l'opération est résolue. Le 13 septembre la malade est chloroformée. Après résolution complète on étreint le pédicule entier de la tumeur à l'aide d'un fort fil de soie, puis immédiatement au-dessus de ce fil, on applique l'anse galvanocaustique. En cinq minutes 30 secondes la section est opérée, sans qu'il y ait la moindre hémorrhagie. A l'endroit de la section la vulve a repris une forme à peu près normale ; pour éviter tout suintement sanguin ultérieur, on applique sur les surfaces sectionnées un petit tampon d'ouate perchlorurée, et comme pansement des compresses glacées.

Le 14 septembre. — Œdème considérable des grandes lèvres et des parties restantes des petites lèvres. On irrigue la plaie avec sulfite phéniqué, pour enlever toute odeur. Bains émollients tous les jours. T. soir 37°8.

Le 15. — L'eschare commence à se boursoufler et à répandre une odeur très-fétide qui nécessite trois pansements par jour. Les douleurs sont nulles. A l'aine l'abcès suppure encore, mais l'induration est moins étendue, on le panse aussi au sulfite phéniqué. T. matin 37°, soir 38°8.

Le 17. — La température est restée normale. Des parcelles d'eschare sont éliminées, au-dessous d'elles la plaie est rouge et bourgeonne bien ; à droite l'ouate perchlorurée est encore en place.

Le 25. — L'œdème des grandes lèvres a totalement disparu ; les petites lèvres, surtout celle de gauche, sont encore œdématiées. La plaie bourgeonne bien, la suppuration devient moins fétide. Pour évi-

ter que les bords ne se réunissent, on place entre eux un tampon de charpie imbibé de sulfite phéniqué.

Le 1er octobre. — Il existe au pourtour de la plaie un liseré de tissu cicatriciel, la vulve a sa forme normale, par suite du renversement des bords de sa surface de section. A la fourchette l'ulcération est guérie ; dans l'aine tout a disparu.

Le 15. — A la partie inférieure la plaie s'est un peu ulcérée, mais l'ulcération est tout-à-fait superficielle et s'étend très-lentement en surface. On remplace le sulfite phéniqué par une solution de nitrate d'argent au 1/100 et on continue les bains émollients.

Le 30. — L'ulcération a disparu sous l'influence du nitrate d'argent, la plaie est réduite à la grandeur d'une pièce de deux francs environ. Les petites lèvres, surtout celles de gauche, sont encore le siége d'un peu d'œdème. Pour faire sécher la plaie on suspend le nitrate, et à chaque pansement on la couvre de poudre de talc.

Le 13 novembre. — La cicatrisation a fait de grands progrès ; la plaie n'a plus guère que les dimensions d'une pièce de un franc, et la suppuration y est nulle. L'opérée quitte l'hôpital dans cet état.

Nous la revoyons le 19, sa plaie est entièrement cicatrisée.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée pèse 207 grammes. Sa surface de section mesure quatre centimètres de large sur trois centimètres de long. Elle crie sous le scalpel, offre une consistance lardacée et laisse écouler un liquide blanchâtre, qui se coagule au bout d'un certain temps. L'ensemble de la tumeur est homogène et ne présente ni artère, ni veine tant soit peu importante. Par ci, par là, on rencontre des espaces dilatés, véritables kystes, renfermant un liquide analogue au précédent, entourés de parois rigides, se confondant avec les parties ambiantes. Ils sont surtout visibles à la base de la tumeur et manquent au niveau du pédicule.

L'examen microscopique révèle les détails suivants : l'épiderme présente une épaisseur peu considérable. La couche dermique par contre, est augmentée de volume, surtout dans les parties qui correspondent aux verrues ; les papilles abondent dans cette région, en même temps elles sont notablement allongées et élargies, nous n'avons pas pu sui-

vre les lymphatiques dans leur intérieur. Les parties profondes sont constituées par un amas de petites cellules rondes, presque toutes pourvues d'un noyau, et entourées du tissu connectif, dont les fibres forment un réseau très-abondant et très-serré ; ailleurs on voit des cellules fusiformes et leur transformation en fibres. Les glandes d'ordinaire si abondantes dans cette région et le pannicule adipeux font complétement défaut. A mesure que l'on se rapproche du pédicule de la tumeur, ces différents éléments deviennent de plus en plus apparents ; les papilles par contre y sont moins développées et moins nombreuses. De distance en distance on remarque des lacunes allongées, dont les parois sont presqu'en contact. Nul doute que ces espaces ne soient à considérer comme des lymphatiques dilatés. Sans être trop affirmatif nous trouvons que ces lacunes ont la plus grande analogie avec les kystes décrits plus haut (Bœckel, gazette méd. de Strasbourg. 1875).

Observation VI.

Bandelette éléphantiasique de deux mètres de long. implantée sur la grande lèvre gauche; opération ; guérison.

Une dame de 40 ans, d'une bonne constitution, de tempérament sanguin nerveux, vint consulter le Dr Guiros, pour une difformité qui lui vint il y a trois ans aux parties génitales, et qui depuis prit des proportions remarquables.

En l'examinant le Dr Guiros rencontra à la partie supérieure et externe de la grande lèvre gauche une excroissance tégumentaire d'une énorme longueur. Cette production morbide constituée pas la peau et le tissu conjonctif, ressemblait à une natte et avait plus de deux mètres de longueur, sa circonférence était à peu près égale à celle du petit doigt ; indolente à la pression, elle laissait très-bien percevoir dans toute son étendue le battement des vaisseaux. Sa longueur était telle que la patiente pour ne pas marcher dessus, la tenait constamment attachée autour de sa ceinture au moyen d'un bandage de son invention.

Il conseilla à cette dame de se soumettre à une opération, afin de se

débarrasser de cette monstruosité ; ajoutant du reste qu'elle n'avait aucun danger à courir. Il eût été difficile de trouver une opération plus simple et plus rapide.

Il fixa la base de la tumeur avec une pince à anneau, et coupa le pédicule d'un seul coup. Il y eut une légère hémorrhagie ; et la malade guérit en peu de jours grâce à une compression méthodique et quelques cautérisations au nitrate d'argent fondu. La malade fut très-heureuse d'être débarrassée de cette maladie qui quoique ne lui causant pas de douleurs, était très-disgracieuse et, de plus, était un empêchement aux embrassements de son mari (D[r] Tuan Guiros).

Observation VII.

Elephantiasis du clitoris et des petites lèvres; accouchement; incisions à la vulve; opération au galvanocautère et à l'écraseur; allaitement non interrompu; guérison.

Bertha L..., âgee de 34 ans, entre le 24 janvier 1874, à 7 h. du soir, à l'Institut royal d'accouchement pour y faire ses couches. Elle pretend s'être toujours bien portée pendant sa jeunesse, jusqu'à l'âge de 20 ans, époque à laquelle elle contracta la syphilis. Ses règles n'apparurent pour la première fois qu'à 21 ans, elles furent irrégulières au début, plus tard elles vinrent régulièrement sans douleurs toutes les quatre semaines. La dernière menstruation remonte à la fin de mai. Elle souffrit de maux de tête pendant toute cette grossesse. Les douleurs se montrèrent le 24 janvier, vers le milieu de la nuit.

Elle raconte que dans l'année 1868, étant enceinte, elle avait remarqué aux parties génitales plusieurs petites verrues, en même temps qu'elle éprouva des douleurs pour uriner. Ces petites tumeurs augmentèrent progressivement de volume, en même temps qu'elles pullulèrent surtout pendant le temps de la grossesse.

L'examen pratiqué aussitôt après sa réception donne le résultat suivant :

Les grandes lèvres légèrement épaissies présentent une consistance

uniforme (seulement la gauche a une petite varice superficielle), elles sont séparées par une tumeur de la grosseur de deux poings qui part de la pointe du clitoris et recouvre ainsi le clitoris, le prépuce et les nymphes. La surface de cette néoplasie est assez dure à la partie antérieure, elle présente des élévations de la grosseur d'un pois qui occupent toute la moitié gauche de la face antérieure; à droite, la peau est lisse on y remarque trois grosseurs du volume d'un œuf. La partie inférieure est recouverte d'une peau rose. Quant aux petites lèvres la droite est quatre fois plus grosse que la gauche: elle est séparée par un sillon profond du clitoris considérablement hypertrophié; la gauche se confond sans ligne de démarcation avec la masse de la tumeur, la néoplasie mesure de la symphyse à son extrémité inférieure 18 centimètres 1/2, le diamètre du pédicule est de 5 centimètres, la plus grande circonférence a 36 centimètres. Enfin on rencontre des ulcérations à plusieurs endroits de la surface.

Le diamètre du bassin est normal, la palpation permet de sentir le fond de l'utérus, les battements du cœur s'entendent à droite. A 9 heures du soir le col était dilaté à un franc. La malade fut bien toute la nuit, les douleurs qui avaient été régulières, cessèrent complètement vers le matin, et ce ne fut que le jour suivant qu'elles revinrent rares et faibles. Le 26 on photographie la tumeur. Le soir à 7 heures 1/2 le col était complètement dilaté, à 3 heures apparaissait la tête. La rigidité de la vulve nécessita plusieurs incision. Peu après la femme accoucha d'un garçon bien portant; les suites de couches furent normales, les incisions s'ulcérèrent, il fallut les panser avec une solution de nitrate d'argent.

La malade voulant être debarrassée de sa difformité, l'opération fut pratiquée le 18 février. L'anesthésie fut faite avec le chloroforme. Le chirurgien se servit simultanément du galvanocautère et d'un écraseur de Luer. Il n'y eut pas d'effusion de sang. On fit des applications d'eau froide comme pansement et on plaça une sonde à demeure dans l'urèthre.

L'opérée allaita sans interruption son enfant pendant tout le cours de sa maladie. Les plaies suivirent une marche normale, le 12 mai, jour du

départ il restait encore à gauche une surface bourgeonnante de la grandeur d'une pièce de deux francs, toutes les parties génitales avaient conservé une infiltration œdémateuse. L'extrémité du clitoris et le côté droit étaient complétement guéris.

L'examen microscopique montre un tissu cellulaire hypertrophié, graisseux, riche en vaisseaux et en noyaux; les papilles sont hypertrophiées. C'est donc une tumeur éléphantiasique (Behrend, 3 Falle von Geschwülsten der clitoris).

Observation VIII.

Eléphantiasis des grandes lèvres et du mont de Venus ; coloration noire des téguments voisins ; opération au galvanocautère et a l'écraseur ; ligature de vaisseaux ; guérison.

B... Jeanne, 20 ans, bandagiste, de bonne constitution, entre le 24 mai 1874 à la Pitié, salle Saint-Augustin, pour s'y faire opérer d'une tumeur des grandes lèvres.

Cette tumeur occupe la moitié supérieure de la grande lèvre gauche, le mont de Vénus et toute la grande lèvre droite ; elle circonscrit par conséquent la vulve à droite, en haut et à gauche, en forme de fer à cheval : elle est cylindrique, très-volumineuse à sa partie moyenne, amincie à ses deux extrémités, dont la gauche s'arrête dans la grande lèvre au niveau du clitoris, et la droite à la commissure vulvaire inférieure. La partie moyenne comprend tout le mont de Vénus jusqu'à la commissure supérieure de la vulve. La moitié droite, beaucoup plus volumineuse que la moitié gauche, recouvre complétement la vulve dans le décubitus dorsal. Elle mesure horizontalement 13 centimètres, et depuis la commissure supérieure jusqu'à ses limites en haut 9 centimètres. On aperçoit en écartant la grande lèvre droite, les parties internes de la vulve, petites lèvres, clitoris, méat urinaire, orifice vaginal qui sont intactes.

La consistance de la tumeur est comparable à celle de la glande mammaire à l'état normal ; la peau est hypertrophiée et présente en

outre un caractère remarquable, le tégument des faces antérieure et interne de la cuisse droite présente dans ses deux tiers supérieurs, une coloration noire, comparable à celle de la peau du nègre, il est en outre très-épaissi, les papilles du derme sont très-hypertrophiées, l'on voit de plus surgir çà et là, de grosses papilles blanches, plus volumineuses que les noires. Les poils de cette région, qui a une étendue d'environ 25 centimètres carrés, sont longs de 3 à 4 centimètres, raides, assez nombreux et blancs, les cheveux étant châtain-clair. En haut ces caractères s'arrêtent brusquement suivant une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au mont de Vénus. On voit en outre çà et là sur la peau de l'abdomen de petites taches de vitiligo.

Sur la tumeur la coloration noire est moins foncée qu'à la cuisse, elle forme de petites taches rondes très-confluentes, qui donnent à la peau, assez blanche dans les intervalles, un aspect tigré. Les poils sont peu nombreux, et ont du reste les mêmes caractères que sur la cuisse.

Voici l'histoire de cette tumeur. Au dire de la mère de la malade, la grande lèvre droite était plus volumineuse que la gauche au moment de la naissance et la plaque cutanée existait aussi alors. Mais leur développement n'avait pas été plus considérable que celui du reste du corps jusqu'à la puberté. A cette époque, vers l'âge de 14 ans, la grosseur commença à croître peu à peu, assez lentement, et finit par atteindre le volume qu'elle a actuellement. La malade prétend que le développement a eu pour cause un effort violent qu'elle fit pour soulever un panier lourd. La tumeur n'a été douloureuse qu'aux époques menstruelles, où elle devenait très-sensible, sans augmenter toutefois manifestement de volume. Quant à la plaque voisine, elle n'a subi aucune modification. Rien de semblable chez les ascendants.

Les fonctions génitales étant à peu près impossibles, l'opération est pratiquée le 1er avril 1874, par le professeur Verneuil. La malade étant chloroformée, le chirurgien trace avec le galvanocautère un sillon en dedans, en haut et en dehors de la tumeur comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-jacent. L'opération n'avance que très-lente-

ment, d'autant plus que la pile fonctionne assez mal. On se décide à terminer l'opération avec l'écraseur. Mais pour en fixer la chaîne, il faut achever en bas le sillon commencé avec le galvanocautère. On incise donc l'extrémité inférieure de la tumeur avec des ciseaux, plusieurs jets de sang jaillissent et l'on fait la ligature des vaisseaux ouverts. L'écraseur placé on s'aperçoit que ce qui reste de la tumeur est trop volumineux et a des contours trop irréguliers pour qu'on puisse facilement le saisir dans une seule chaîne : on retire donc celle-ci et on ne prend qu'une partie de ce que l'on veut enlever. Mais comme on est encore gêné par cette partie qui retombe sur la chaîne et la cache, on la sectionne avec un bistouri. Pendant que l'on prépare le second écraseur, le chirurgien qui manœuvre le premier craint de le casser, vu la force qu'il est obligé d'employer dès le premier cran. On prépare alors à nouveau la pile et l'opération est terminée rapidement par la section galvanocaustique. Elle avait duré en tout 45 minutes.

La plaie résultant de l'opération est très-large, elle occupe la place des grandes lèvres et du mont de Vénus. On rapproche sans les réunir complétement, les lèvres de la plaie avec des fils d'argent. On panse avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée, et plusieurs fois par jour on fait sur le pansement des pulvérisations avec le même liquide.

Les suites de l'opération furent des plus simples, il y eut le surlendemain une élévation de la température axillaire à 40°, le quatrième jour on nota un retour prématuré des règles, et ce fut tout. Depuis, la détersion et la cicatrisation de la plaie marchèrent rapidement.

Le 18 mai, la plaie est réduite à quelques centimètres, la malade se lève tous les jours. La cicatrisation presque complète est beaucoup moins apparente qu'on aurait pu le supposer (Verneuil, clinique de la Pitié, 1874).

Observation IX.

Éléphantiasis de la grande lèvre gauche; opération au galvanocautère à l'aide du forcipresseur à lames parallèles; guérison.

Élise R..,, modiste. entre dans le service, salle Sainte-Marie (hospice Saint-Lazare), lit 11, le 5 mars 1876.

Elle est âgée de 21 ans, n'a jamais eu d'enfant. La santé est bonne, les règles sont régulières. Elle porte au cou une cicatrice ganglionnaire. L'aine droite est le siége d'une cicatrice semblable.

Cette malade raconte qu'elle ne peut plus marcher depuis cinq mois. La lèvre droite qui est considérablement hypertrophiée, a commencé vers cette époque à augmenter de volume. Peu à peu survinrent des douleurs s'irradiant dans la partie antérieure de la cuisse droite, dans l'aine et dans les reins chaque fois que la malade essayait de la station verticale. En même temps que survenaient ces douleurs, le volume de la tumeur augmentait, puis le tout disparaissait avec la position horizontale.

Incapable de se livrer à aucun travail, cette malade entre dans le service pour se faire guérir de cette affection. A son entrée nous constatons l'augmentation de volume considérable de la grande lèvre gauche. Cette tumeur est un peu plus colorée que la lèvre à l'état normal. Sa forme et son volume approchent d'une poire de moyenne grosseur. Toute l'hypertrophie qui donne à l'organe la consistance du muscle est limitée à la grande lèvre et surtout à son extrémité inférieure. C'est par la base que s'accroît cette hypertrophie.

La grande lèvre gauche est très-peu augmentée de volume, mais elle garde sa consistance et sa coloration à peu près normales. La fourchette est légèrement indurée. Toute la vulve, le vagin et le col sont violacés et indiquent l'existence d'une congestion passive. Nulle part il n'existe de trace d'ulcération.

On essaie d'abord un traitement anti-scrofuleux, de la teinture d'iode et la compression à l'aide du collodion, la guérison ne venant

pas, la malade se décide à l'opération. Vu le volume et la longueur de la partie à enlever, je fais préparer deux lames en bois de huit centimètres de longueur sur douze millimètres de largeur et six millimètres d'épaisseur, se montant sur les pinces et pouvant pédiculiser et enserrer complètement la base de la lèvre hypertrophiée. Ces deux casseaux parallèles sont mis en place et des mouvements alternatifs de serrement, pratiqués avec l'une et l'autre pince, massent la base de la lèvre à l'aide des deux lames de bois et réduisent peu à peu l'épaisseur de ce pédicule. Lorsque ces deux lames ne sont plus qu'à une distance de quatre millimètres à peu près, je serre brusquement les deux pinces et j'accroche leurs crémaillères respectives. Ce moment est le seul temps douloureux de l'opération. La malade qui a désiré ne pas être endormie par le chloroforme pousse un cri, la douleur dure à peine quinze secondes et disparaît complètement.

La partie enserrée par les lames du forcipresseur est violacée et turgide. Peu à peu elle pâlit et semble devenir exsangue. Sans provoquer aucune sensation je puis piquer, couper la tumeur. Je laisse l'appareil en place pendant dix minutes, la malade ne souffrant pas. A ce moment je me prepare à faire la section avec le couteau galvanique : je le promène sur toute l'étendue du pédicule de la tumeur que je détache dans l'espace de quelques minutes, sans hémorrhagie et sans faire éprouver la moindre souffrance à l'opérée. La plaie, quoique résultant de la section galvanique, peut être reunie par première intention.

On badigeonne la plaie avec la solution alcoolique à deux pour cent, et un gâteau de charpie picrique au 1/2 millième est appliqué sur la plaie. Sous l'influence de ce moyen, elle sécrète un liquide clair, et prend une couleur rosée ; la cicatrisation marche assez rapidement, pour que vingt-six jours plus tard la guérison soit complète, ne laissant qu'une cicatrice linéaire de quelques millimètres de largeur (Chéron, *Gaz. des hôp.* 1876).

Observation X.

Éléphantiasis de la grande lèvre gauche, opération au bistouri ; récidive six mois après ; opération avec l'écraseur ; guérison. Examen histologique.

Madeleine Wecker, domestique, née à Riquewihr (Haut-Rhin), âgée de 31 ans, entre à l'hôpital de Strasbourg le 7 septembre 1869.

Jusqu'à l'âge de 22 ans santé parfaite. Réglée à 13 ans, depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, menstruation régulière quoique parcimonieuse depuis le début de l'affection. Elle n'est pas mariée et prétend n'avoir jamais eu de rapports sexuels, si ce n'est une tentative de coït faite il y a sept ans, et que l'étroitesse des parties aurait fait avorter.

Il y a huit ans il lui vint un bouton à la partie postérieure des organes génitaux ; ce bouton indolent dans le principe augmenta rapidement et finit par rendre la défécation très-douloureuse ; en même temps se développait une tumeur dans l'aine gauche. A partir de ce jour une sorte de crête de coq se forma sur la partie interne de la grande lèvre gauche ; quatre ans après le début de cette affection la malade se décida à entrer à l'hôpital de Colmar. La tumeur était alors grosse comme un œuf de poule, on l'enleva avec le bistouri. En même temps fut ouverte une tumeur ganglionnaire de l'aine gauche. Au bout de quinze jours la malade sortait guérie. — Mais six mois après la tumeur avait déjà repris et dépassé son volume primitif. Après avoir subi différents traitements (frictions, bains froids, etc.) tous inefficaces, elle vient à Strasbourg solliciter une opération décisive.

Actuellement la grande lèvre gauche se présente sous la forme d'une masse irrégulièrement ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas. Elle atteint jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. La partie supérieure de la tumeur est presque lisse, on y remarque quelques légères bosselures, la partie inférieure au contraire est couverte de végétations élevées, de volume variable, séparées par de profonds sillons et présentant l'apparence d'une grappe de raisin. Longueur de la néoplasie 14 centimètres, circonférence de la partie la plus volumineuse 30 centimètres.

Longueur du pédicule 6 centimètres. La peau est à peu près normale et ne présente aucun poil. La pression ne détermine pas de douleur. La grande lèvre droite est tuméfiée sans saillie et a doublé de volume. Les deux petites lèvres sont un peu plus développées qu'à l'état normal. En arrière des deux grandes lèvres on trouve deux tumeurs lisses, s'étendant vers l'anus et grosses comme un œuf de poule Quelques petites végétations entre la fourchette et le vagin.

L'opération est pratiquée le 7 octobre à dix heures du matin, la malade dûment préparée et chloroformée. Herrgott traverse d'un trocart la base de la tumeur en son milieu ; pas d'écoulement de sang. Le trocart est retiré et à travers la canule le chirurgien passent deux liens de fils de fer réunis en anse et serrés au moyen d'un serre-nœuds. Aussitôt la constriction commencée la tumeur bleuit et sa température commence à baisser. Les écraseurs restent en place jusqu'à quatre heures. A ce moment les douleurs deviennent tellement intolérables qu'on est forcé d'endormir la malade et d'achever la section avec le bistouri. Léger écoulement de sang; on badigeonne la plaie avec du perchlorure de fer. La malade sort guérie le 1er novembre. Depuis nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

Examen de la tumeur. — Elle pèse 1 kilogramme, la couleur en est d'un blanc mat tirant sur le jaune, sa surface externe se trouve recouverte d'élévations verruqueuses. Les poils sont absents sur toute la superficie. Du côté du pédicule excisé, on constate cinq ou six vaisseaux du calibre d'un tuyau de plume, se rendant dans la tumeur. A la coupe la tumeur crie sous le scalpel, donne la sensation du tissu fibreux, lardacé, et laisse écouler une sérosité d'un blanc jaunâtre, en quantité peu considérable. On observe sur la surface de section de nombreuses bandes d'aspect fibreux, larges de 2 à 3 millimètres, se tendant fortement quand on tire sur la tumeur, et tranchant sur le reste du tissu par leur couleur nacrée.

Nous avons pratiqué des coupes sur le tissu frais et sur le tissu durci dans l'acide chromique, voici ce que nous avons trouvé : l'épiderme a une épaisseur normale, en certains endroits la couche est plutôt diminuée qu'augmentée. Le réseau de Malpighi est pigmenté comme à

l'ordinaire, un peu plus en certains endroits, un peu moins en d'autres, et tranche nettement du derme. La couche cornée de l'épiderme a une très-petite épaisseur, à peine se compose-t-elle de quatre couches de cellules momifiées et aplaties ; tout le reste de l'épaisseur de l'épiderme étant formé de cellules à noyaux très-distinctes, et arrivant en plusieurs endroits jusqu'à la superficie, ce fait prouve jusqu'à l'évidence une vitalité anormale de l'épiderme. Sous cette couche se voient les papilles dermiques entourées d'une grande quantité de noyaux et de cellules plasmatiques, qui forment la presque totalité des couches superficielles du derme. Les fibres conjonctives sont assez rares à la périphérie, mais à mesure que l'on pénètre dans la profondeur, elles prédominent de plus en plus. Il est aisé de suivre la transformation de la cellule plasmatique en fibre connective. Dans la profondeur les noyaux ont disparu, les cellules plasmatiques sont devenues plus rares, tandis que le tissu conjonctif se rencontre à profusion et constitue la presque totalité de la masse morbide. Les fibres connectives forment des aréoles ou des espèces de nids remplis de cellules en voie de dégénérescence graisseuse, cellules tirant probablement leur origine des noyaux observés plus haut. Quant aux capillaires ils existaient en grande quantité, ils étaient enroulés sur eux-mêmes et doublés ou triplés de calibre. Sur les coupes fraîches nous les vîmes gorgés de sang. Les glandes de la peau peu nombreuses, n'étaient guère augmentées de volume. Nous n'avons trouvé ni poils, ni bulbes pileux (Dietz, thèse de Strasbourg 1869).

Observation XI

Eléphantiasis du clitoris et des nymphes ; accouchement avec déchirure du périnée, opération au bistouri ; hémorrhagie, guérison.

Ayant été appelé le 15 novembre 1776 pour voir une femme de Lunéville, âgée de 30 ans, qui était dans les maux de son premier enfant, je fus fort surpris de trouver aux parties génitales, une tumeur considérable, de la grosseur au moins d'un pain rond d'une livre qui

ne laissait apercevoir aucune ouverture par où l'enfant pût sortir. L'ayant relevée, je vis à sa partie postérieure et supérieure un trou inégal dans sa circonférence, qui pouvait admettre le pouce. La tête du fœtus se présentait naturellement, et par le moyen de fortes douleurs elle dilata peu à peu cet orifice et le déchira dans sa partie postérieure vers le périnée.

Cette tumeur avait paru au chirurgien Castaria et à moi être causée par l'augmentation du clitoris et des nymphes d'autant plus que les grandes lèvres la cernaient dans ses partie latérales. Cette tumeur avait débuté à l'âge de 17 ans.

Après la cessation des lochies, nous purgeâmes la malade, lui fîmes le lendemain l'excision de la tumeur en commençant par le point le plus déclive pour terminer par le pédicule, de peur qu'il ne s'y rencontrât des vaisseaux sanguins assez considérables pour nous troubler dans l'opération. Trois heures après survint une hémorrhagie considérable que nous arrêtâmes en remplissant la vulve et le vagin de lambeaux de charpie assujettis par un bandage en T. Cette femme fut parfaitement guérie le 30 décembre. Nous fûmes obligés de réprimer quelques légers fongus avec l'alun calciné.

La tumeur après l'opération diminua de volume de près de moitié, car il en suinta bien3 à 4 onces d'un liquide lymphatique.(Saucerotte, Mélanges de chirurgie).

La pièce est au musée Dupuytren sous le n° 398.

CHAPITRE QUATRIÈME.

TRAITEMENT.

On sait aujourd'hui combien les ressources de la matière médicale sont faibles dans le traitement des néoplasies, les médicaments intus et extra n'offrent de l'efficacité que contre celles qui dépendent directement d'une diathèse, comme la syphilis, la scrofule, etc., c'est bien dans ces cas que *naturam morborum ostendunt curationes*. Jusqu'au siècle dernier, les remèdes les plus bizarres et les plus rebutants (tous les produits de la création y ont passé) étaient employés pêle-mêle dans le traitement des tumeurs de toute espèce, il est donc bien probable que l'éléphantiasis de la vulve a été traitée comme ses congénères, et certainement avec le même insuccès. Rhazès déjà préconisait l'application d'épithèmes préparés avec l'aloès, la myrrhe, l'acacia, l'hypociste, l'alun et le vinaigre. Il est facile de s'imaginer le résultat de cette thérapeutique, qui pour nous n'a absolument rien de sérieux.

Le seul traitement médical rationnel qui ait été mis en pratique contre l'éléphantiasis vulvaire, c'est le traitement antisyphilitique par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, ou bien le traitement antiscrofuleux par l'huile de foie de morue, l'iode, les toniques. Il faut malheureusement le reconnaître, dans presque tous les cas, le résultat a été complétement nul, et les chirurgiens qui l'ont entrepris

ont bientôt été obligés de s'arrêter, soit à cause des accidents qui en ont résulté, soit à cause de son inutilité complète.

Astruc déjà et Huxham enseignaient que les préparations mercurielles ne font que hâter la marche de la maladie. Je ne sache pas que la diète lactée qui a, paraît-il, réussi dans l'éléphantiasis des membres, ait jamais été employée dans celle de la vulve; j'avoue que je n'y aurais qu'une très-médiocre confiance. En tout cas, avant d'en arriver aux moyens chirurgicaux, je crois qu'il est toujours sage de faire suivre à la malade un traitement spécifique ou antiscrofuleux, si l'on avait quelque raison de croire qu'elle est en puissance d'une des deux diathèses dont nous avons parlé plus haut.

La compression, qui est certainement parvenue à enrayer la marche de l'éléphantiasis des membres, est rarement applicable à la vulve. Cependant, des essais faits avec le collodion n'ont donné qu'un résultat négatif. Il en serait sans doute de même de la ligature des artères afférentes, qui n'a jamais été tentée. La réfrigération, l'électricité, les injections dans le tissu même de la tumeur n'ont pas davantage été mis en pratique.

L'extirpation, telle est la méthode radicale à laquelle se sont rangés tous les chirurgiens modernes; elle est la seule qui ait donné des résultats positifs, des guérisons durables.

Des indications de l'opération.

Avant de songer à quel mode d'exérèse il se rangera, la première question que le chirurgien devra se poser est celle-ci : faut-il intervenir et enlever la tumeur? Car, n'oublions jamais qu'avant tout la chirurgie est faite pour le

malade et non pour le chirurgien ; c'est surtout ici qu'il doit se défier de l'entraînement et se demander si la malade a quelque avantage à être débarrassée de son mal.

Autrefois, quand l'art du diagnostic n'était pas aussi perfectionné qu'aujourd'hui, que le microscope n'était pas encore venu nous éclairer sur la nature des tumeurs et leur degré de perniciosité, on opérait toujours, craignant la transformation en cancer. Mais, maintenant qu'on ne croit plus à cette transformation, que la clinique est venue nous démontrer que cette hypertrophie de la vulve est toujours bénigne, il faut y regarder à deux fois avant de se décider à intervenir et de faire courir à la malade les chances de l'opération.

Tant que la tumeur est peu volumineuse, non douloureuse, d'un accroissement extrêmement lent, qu'elle n'est pas ulcérée et que l'état général n'en souffre pas, il faut temporiser, car le processus hypertrophique peut s'arrêter définitivement d'un jour à l'autre. Si, au contraire, l'accroissement est rapide, la tumeur, déjà volumineuse, si elle amène de la gêne dans une fonction vitale quelconque, voire même professionnelle, alors il n'y a pas à hésiter, il faut en débarrasser la malade le plus vite possible, car plus on attendra et plus l'opération sera grave.

Des méthodes d'exérèse.

L'opération pourra se pratiquer par :

1° Instrument tranchant ;

2° Ligature en masse ;

3° Écrasement linéaire ;

4° Caustiques ;

5° Galvanocaustie.

Examinons successivement chacune de ces méthodes.

1° *Instrument tranchant.* — La méthode par l'instrument tranchant ou méthode sanglante est la plus anciennement connue, elle était presque exclusivement employée jusqu'à ces dernières années, mais aujourd'hui on tend de plus en plus à lui en substituer d'autres.

L'opération qu'on a à faire est une opération non réglée. On peut cependant y distinguer deux temps : l'incision des téguments, circonscrivant plus ou moins la tumeur, et la dissection de celle-ci, qui peut être parfois extrêmement laborieuse. L'incision sera le plus souvent curviligne, il sera parfois nécessaire d'en faire plusieurs. Chaque cas donne lieu à des indications spéciales que le chirurgien devra s'attacher à remplir. Nous avons vu dans l'observation I de Bourguet, d'Aix, que la vessie fut lésée, d'où mort de la malade. C'est une complication qu'on devra toujours avoir présente à l'esprit quand on ira disséquer des prolongements dans le petit bassin.

Une précaution qu'on aura aussi à prendre est la ligature préalable des vaisseaux afférents à la tumeur. On ne devra jamais l'omettre toutes les fois que ces vaisseaux seront assez volumineux pour être sentis à travers la peau. Dans le cas contraire, on les liera aussitôt l'incision faite, car on en a vu parfois donner des jets de sang formidables.

La réunion complète par première intention a rarement été tentée, et on comptera exclusivement sur la rétraction cicatricielle pour ramener les lambeaux ; les parties s'arrangeront d'elles-mêmes et laisseront des traces beaucoup moins difformes et beaucoup moins apparentes qu'on aurait pu le supposer en voyant l'étendue de la plaie faite avec le bistouri.

Cette méthode, la plus familière au chirurgien, n'est pas celle que nous conseillons en règle générale ; on ne devra l'employer qu'exceptionnellement, quand on aura des tumeurs petites et peu vasculaires, car elle donne lieu à des hémorrhagies souvent graves qui, si elles ne tuent pas les malades, causent un état d'anémie profond qui retarde la guérison complète et diminue la résistance de l'organisme aux complications possibles de toute opération, érysipèle, pyohémie, etc.

2° *Ligature en masse.* — Mayor (de Lausanne) a désigné sous ce nom une méthode consistant à détacher la tumeur par un lien circonscrivant sa base et l'étreignant fortement : elle est applicable quand la tumeur est pédiculée.

Nous voyons Herrgott de Strasbourg employer la ligature par transfixion qui n'est qu'une variété de la ligature en masse. Elle met le plus sûrement à l'abri des hémorrhagies, mais cause des douleurs intenses et prolongées ; le seul cas où elle serait autorisée, serait celui d'une malade profondément anémiée, chez laquelle l'opération serait urgente, en même temps qu'il faudrait redouter la plus petite perte de sang.

Cette méthode, qu'on peut presque dire surannée, est délaissée de plus en plus par les chirurgiens même dans le traitement des tumeurs érectiles. L'auteur qui rapporte le fait d'Herrgott ne nous dit pas les raisons qui ont engagé ce chirurgien à user d'un procédé aussi cruel ; sa malade, une domestique, qui ne semble pas le moins du monde débilitée, est soumise à des douleurs intolérables, depuis 10 heures du matin jusqu'à 4 heures du soir, où l'on est forcé de l'anesthésier de nouveau afin d'achever l'opéra-

tion au bistouri : donc, déplorable procédé, auquel il faut presque absolument renoncer.

3° *Ecrasement linéaire.* — La méthode découverte par Chassaignac est excellente pour opérer les tumeurs vulvaires, à condition qu'elles soient plus ou moins pédiculées. C'est elle qui met le plus à l'abri de l'hémorrhagie soit primitive, soit consécutive. Cette complication, nous l'avons déjà dit, est surtout à craindre dans l'opération de l'éléphantiasis vulvaire. Par l'écraseur, les tuniques moyennes et internes des artères sont divisées bien avant la tunique externe, puis repoussées en haut dans la lumière du vaisseau. Nous ferons remarquer que le chirurgien doit s'armer de patience et aller lentement, d'autant plus lentement qu'il approche de la fin de l'opération ou que le pédicule est plus vasculaire. On commence par serrer d'un cran à chaque minute, puis on augmente progressivement les intervalles. Inutile d'ajouter qu'à moins d'indication spéciale (état du cœur, etc.), il faudra avoir soin d'administrer du chloroforme à sa malade tout le temps de l'opération.

S'il y a lieu, on se servira de plusieurs écraseurs qu'on placera par transfixion, ou bien on combinera cette méthode avec une autre, la galvanocaustie, par exemple ; cette façon de faire donnera parfois de bons résultats. Nous ne craindrions pas de l'employer pour achever une opération au bistouri, en plaçant l'écraseur sur un pédicule qu'on serait parvenu à isoler et qui présenterait des dangers d'hémorrhagie.

4° *Caustiques.* — Nous n'avons pas connaissance d'hypertrophie vulvaire enlevée par les caustiques, soit par des flèches de chlorure de zinc, soit par l'application du caus-

tique en nappe. Nous ferions à cette méthode le même reproche qu'à la ligature en masse, elle est longue et douloureuse. Nous ne voyons donc aucune raison pour l'employer.

5° *La galvanocaustie.* — Cette méthode offre d'incontestables avantages sur tous les autres modes de diurèse, et, si elle ne nécessitait pas des appareils compliqués, d'un maniement difficile, elle serait beaucoup plus répandue qu'elle ne l'est.

On se sert du *couteau galvanocaustique* et de l'*anse coupante.* Le couteau peut être droit ou courbe. Chauffé à blanc, il pénètre dans les tissus comme le meilleur bistouri ; l'eschare produite est à peu près nulle, et les artères même les plus petites donnent du sang comme si elles étaient sectionnées par un instrument tranchant. Mais il n'en est pas de même si l'on chauffe le couteau jusqu'au rouge sombre, 600 degrés environ : il est pleinement hémostatique ; seulement, comme la section est difficile, nous conseillerons d'élever un peu plus la température : on aura par ce moyen les deux propriétés que nous venons de décrire, réunies pour le succès de l'opération. Mais l'instrument galvanocaustique par excellence, c'est l'*anse coupante* ; elle donnera des résultats magnifiques toutes les fois que la tumeur sera pédiculée ou qu'on sera parvenu à constituer un pédicule artificiellement. Il y a des précautions à prendre : d'abord l'anse doit toujours étreindre le pédicule et le diviser en se rétrécissant, ensuite on aura soin de n'élever la température qu'au point indiqué pour le couteau.

La grosseur du fil est à considérer : s'il est trop fin, il rougit facilement à blanc et coupe trop vite, d'où hémorrhagie : s'il est trop gros, il faudra inutilement employer

une pile puissante, et l'eschare produite sera trop considérable. Le fil que le chirurgien devra rechercher est celui de 1 millimètre de diamètre, fait de platine pur afin d'être bien flexible. Un point important à observer, c'est que l'anse soit régulièrement arrondie, car, à chaque coude qui se forme, la résistance au courant est augmentée et, par suite, la température.

Dans les opérations peu graves, l'anse galvanique sera remplacée avec avantage par le thermo-cautère du Dr Paquelin.

Comme toutes les méthodes non sanglantes, la galvanocaustie diminue les chances de complication des plaies. Elle n'est malheureusement pas applicable quand la tumeur est diffuse, mal limitée, envoie des prolongements au loin, dans l'aine, la fesse, le périnée, dans le bassin, etc.; en second lieu, quand la tumeur contient de volumineuses artères dans son pédicule, car alors il faut craindre une redoutable hémorrhagie secondaire (Broca).

Voici les principaux avantages que Verneuil trouve à cette méthode, et qu'il a développés dans ses cliniques à l'hôpital de la Pitié :

1° On a dit et répété qu'il était impossible, pendant le cours d'une opération au galvanocautère, de distinguer la nature des tissus que l'on avait sous les yeux. Au contraire, on peut parfaitement reconnaître les tissus et même, lorsqu'on arrive à un petit vaisseau, on peut directement agir sur lui avec toute la lenteur désirable. On pourrait même dire qu'en général les tissus sont plus faciles à distinguer que dans les opérations au bistouri, puisqu'ils ne sont pas souillés du sang qui s'écoule toujours pendant ces

opérations et qui donne à la plaie, lorsqu'on l'a épongée, une teinte rougeâtre uniforme.

2° On a dit aussi que les vaisseaux coupés par le galvanocautère ne peuvent plus être saisis et liés. Dans l'opération citée (page 44), on a coupé les deux artères honteuses externes et diverses autres artérioles innominées, dont quelques-unes ont été oblitérées immédiatement par le couteau galvanique ; mais les autres qui ont continué à donner du sang ont été aussi faciles à saisir et à lier que si la section avait été faite au bistouri.

3° La densité de la peau et la largeur de la base de la tumeur peuvent rendre très-difficile l'emploi de l'écraseur : le galvanocautère est alors l'instrument dont on peut se servir avec le plus d'efficacité.

Le Dr Chéron, médecin de l'hospice St-Lazare, se sert pour pédiculer les tumeurs de la vulve d'un instrument spécial qu'il a fait construire et auquel il a donné le nom de *forcipresseur*. Ce sont deux lames en buis ou en ivoire, de longueur variable, traversées à leurs extrémités par deux tiges d'acier passant librement à travers des trous percés dans ces deux lames. A chaque extrémité se placent deux pinces à crémaillères qui rapprochent et maintiennent exactement appliquées l'une contre l'autre ces deux lames de buis. Pour se servir de l'instrument, il suffit de saisir la base de la tumeur qu'on veut péduculiser, entre les deux lames parallèles : puis on serre progressivement et complètement les deux pinces à arrêt, alors il ne reste plus qu'à sectionner la partie proéminente au moyen du galvanocautère.

La forte pression qu'exercerait cet instrument, suffirait à

anesthésier les tissus, et rendrait inutile l'emploi du chloroforme, la douleur perçue par la malade au début de l'opération ne dépassant pas 15 à 20 secondes.

RÉCIDIVES. PRONOSTIC.

Quand on a enlevé une tumeur, on sait qu'elle peut récidiver soit dans la cicatrice même résultant de l'opération, soit dans les parties immédiatement voisines, soit dans les ganglions les plus rapprochés, soit encore dans des organes ayant des rapports plus ou moins intimes avec la partie malade par les vaisseaux sanguins ; le premier et le second modes sont les seuls qu'on observe dans l'éléphantiasis de la vulve. La repullulation se fait toujours sur place, en gagnant de proche en proche les parties voisines. Le nombre et surtout l'exactitude des observations ne sont pas suffisants pour qu'on puisse dire si une ablation incomplète amène plus rapidement et plus sûrement une récidive ; cependant en raisonnant par analogie nous sommes porté à l'admettre jusqu'à preuve du contraire. Il faut remarquer que dans des tumeurs aussi diffuses, aussi mal limitées que quelques-unes de celles-ci, il est difficile au chirurgien d'affirmer qu'il a complètement enlevé la partie malade, et qu'il a compris tout le mal dans son incision ou sa dissection. Sont-ce ces cas surtout qui ont récidivé? Une observation plus exacte à l'avenir parviendra seule à éclaircir ce point.

De l'avis de tous les auteurs, et d'après les observations que nous avons citées, on voit que les récidives sont nombreuses après l'opération. Vidal, qui en a observé plusieurs cas à Lourcine, cite deux récidives. Chassaignac opéra en

1850 une grande et une petite lèvre gauche chez une malade à laquelle Blandin avait deux ans auparavant enlevé la grande et la petite lèvre droite. Ce dernier fait nous prouve ce que nous avancions un peu plus haut, que la repullulation peut se faire dans une partie immédiatement voisine : là elle eut lieu symétriquement.

Cette malheureuse tendance à se reproduire donne certainement de la gravité au pronostic : mais le chirurgien, malgré cela, n'hésitera pas à opérer et ne désespérera pas d'une guérison qu'il est toujours sûr d'obtenir avec le temps. Scanzoni craint que la cicatrisation soit longue et ne finisse par épuiser la malade. Nous ne considérons pas ce fait comme impossible, mais nous affirmons que ces plaies guérissent remarquablement bien, que les suites de l'opération sont au contraire des plus simples et des plus bénignes. Dans tous les cas opérés parvenus à notre connaissance et que nous estimons à 40 au moins, il n'y a qu'un seul cas de mort, et il faut l'attribuer à la lésion d'un organe important pendant l'opération : c'était la vessie.

Le pronostic de l'éléphantiasis vulvaire n'est donc pas très-grave ; par son développement elle peut gêner la marche, empêcher la malade de s'asseoir, etc. Mais quant à menacer directement la vie, c'est un fait exceptionnel. Dans ce cas on peut recourir à une ou plusieurs opérations, qui sont toutes extrêmement bénignes.

BIBLIOGRAPHIE.

Traités de pathologie externe.

Traités des maladies des femmes.

Houllier. — *De morbis internis*, p. 674, *de Elephantiasi* 1571.

Astruc. — Traité des maladies des femmes, 1751.

Lory. — *De morbis cutaneis*, Paris 1777

Saucerotte. — Mélanges de chirurgie, t. II, p. 394, Paris 1801.

Ruette. — Essai sur l'éléphantiasis et les maladies lépreuses, Paris 1802.

Alard. — Histoire d'une maladie particulière au système lymphatique, Paris 1808.

Monteggia. — Institutions chirurgiques, t. VIII, p. 162, 1815.

Alibert. — Description des maladies de la peau, Paris 1818.

Talrich. — Delpech, chirurgie clinique, t. I, 1823.

Klewitz. — *Dissertatio inauguralis*, Berolini 1825.

Rayer. — Traité des maladies de la peau, 2me édition, t. II, p. 296, Paris 1835.

Velpeau. — Traité de médecine opératoire, t. IV, p. 343, Paris 1839.

P. Stingone. — Tumeur du clitoris, in Gazette médicale de Paris, n° 51, 1839.

Desruelle. — Archives de médecine, 4me série, t. IV, p. 314, 1845.

Hopner. — *Elephantiasis exemplum memorabile, dissertatio inaugur.* Berolini, 1844.

Kiwisch. — Klinische Vortrage, etc. (Leçons cliniques sur la path. et la therap. des part. génitales de la femme), t. II, p. 449, Pragues 1852.

Rob. Frankel. — *De arabum éléphantiasi in partibus genitalibus. Dissert. inaug.* Vratisbonne 1857.

Scanzoni. — Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme. Trad. par Dor, p. 473 et 506, Paris 1858.

Rigal de Gaillac. — Cité par Vidal de Cassis. *Traité de path. ext.* t. V p. 310, Paris 1861.

Kocher. — Elephantiasis vulvæ, in Schweiz. Corr. Bl. t. I, p. 14.

C. A. Martin. — *Gazette hebd. de méd. et de chir.* t. VIII, p. 262 et 293 avec fig. Paris 1861.

Nicola Vigorito. — *Memoria sudi una straordineria elefantiasi tuberosa della clitoride*, Naples 1865.

Tuan Guiros. — *Espana medica*, novembre 1866.

Virchow. — Pathologie des tumeurs, trad. par Aronsohn, t. I, p. 317, Paris 1867.

J. Cockle, Note sur la pathol. de l'éléph. des Arabes. *in Brit. med. journ.* 1867.

Bourguet (d'Aix). — Observation d'éléphant. énorme de la vulve, *in Gaz. des hôp.* 30 novembre 1867.

Carlo Ambrosoli. — Mémoire original sur l'éléph. des gr. lèvres, *in Giornale ital. del. malat. veneree e della pelle*, t. II, p. 331, 1868.

H. Mollière. — Gazette médicale de Lyon, mars 1868.

Sébast. d'Orméa. - Enorm. éleph. de la petite lèv. gauche. *in Giornale ital. del. malat. ven. e del. pelle.* t. I, p. 164, 1868.

Duchassing. — *Arch. gén. de méd.* t. V, 5me série, p. 59.

Dietz. — Essai sur l'éleph. des Arabes, Thèse de Strasbourg, 1869.

A. Gay, — Path. des glandes sudoripares. *in Archiv. fur dermat. und syphilis*, nº 4, 1871.

J. Renaut. — Observation, *in archiv. de physiol.* p. 499, pl. 19, 1871-72.

Herrgott. — De la dégénéresc. hypertroph. des part. gen. de la femme, *in Gaz. méd de Strasbourg*, 1er juillet 1872.

V. Richard. — *Med. Times and gaz.* Novembre 1872.

Rindfleisch. — Histologie pathologique, p. 326. 1873.

W. Zimbicki. — Eléph. du capuchon du clitoris, *in Bulletin de la Société. anat.* de Paris, 2me série, t. XVIII, p. 343, 1873.

Verneuil. — De quelques tumeurs de la vulve, *in gaz. hebd. de méd. et de chirur.* n° 23, 1874.

F. Behrend. — 3, *Falle von Geschwülsten der clitoris* (3 cas de tum. du clitoris), Berlin 1874.

A. Schliz. — Anat. pathol. de l'éléph. *in arch.* der Heilkunde, avec pl. p. 150, 1874.

Churchill. — Traité pratique des maladies des femmes, trad. par Wieland p. 53, Paris 1874.

J. Bœckel. — Eléphant. du clitoris, *in Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 12, 1875.

Chéron. — De l'ablation des tumeurs de la vulve, *in Gaz. des hôp.* n° 70, 1876.

Cornil et Ranvier. — Traité d'anatomie pathologique 1876.

PIÈCES D'ÉLÉPHANTIASIS DE LA VULVE

Déposées au musée Dupuytren.

N° 392. — Pièce d'après Desault. Tumeur blanc-jaunâtre, vaguement bilobée, de la grosseur d'une noisette située à l'extrémité du clitoris.

N° 393. — Tumeur du volume d'un œuf siégeant à l'extrémité du clitoris. Deschamps, Bull. de la fac. p. 111,1807.

N° 395. — Moule en cire. Tumeur mamelonnée de la grosseur du poing, pendue à l'extrémité libre du clitoris. Le pédicule de la grosseur d'un porte-plume a près de neuf centimètres de long. Cas observé par M. Desault.

N° 396. — Végétation fibro-cellulaire considérable de la vulve. Société anatomique 1844.

N° 398. — La tumeur de Saucerotte.

N° 398 A. — Tumeur décrite par Martin. *in gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1861.

TABLE DES MATIÈRES.

IMPRIMERIE A. DERENNE, MAYENNE. - PARIS, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 52.